

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

LE TRAITEMENT DU CORYZA CHRONIQUE SIMPLE

Par Marcel LERMOYEZ.

« Il existe, dans toutes les branches de la médecine, un certain nombre de chapitres louches qui semblent créés tout exprès pour donner complaisamment asile aux diagnostics peu faits. Ce procédé de classification est la ressource des cliniciens indécis : il est si commode, quand on n'a pas fait de diagnostic, de le remplacer par un mot... Pour celui qui commence, toute maladie du nez qui dure plus de quinze jours est immédiatement étiquetée : coryza chronique ; ce qui veut dire : ce malade a quelque chose dans le nez, mais je ne sais absolument pas quoi (Paul Raugé). »

§ I<sup>er</sup>. — Les progrès de la rhinoscopie avaient d'abord restreint ce « chapitre de débarras » en détachant nettement l'ozène, la syphilis nasale, plus tard les suppurations sinusales : mais, se perfectionnant davantage, la rhinologie moderne tend à l'encombrer de nouveau ; *rhinite vaso-dilatatrice* de Von Stein, *rhinite œdémateuse* de Mulhall, *rhinite sèche* de Siebenmann prétendent occuper dans le chapitre du coryza chronique autant de places distinctes, qu'on ne peut raisonnablement encore leur accorder (Klemperer).

Il doit suffire à l'heure actuelle de dégager la rhinite chronique simple : a) de la *rhinite hypertrophique*, sorte de dégénérescence pseudo-myxomateuse de la pituitaire, qui, si on lui voulait refuser l'individualité, devrait être plutôt annexée aux polypes du nez qu'au coryza chronique ; b) de la *rhinite vaso-motrice*, syndrome variable de réaction nerveuse nasale,

qui n'est pas plus une inflammation de la pituitaire qu'une migraine n'est une affection du cuir chevelu.

Ainsi réduite, la rhinite chronique simple demeure encore la plus commune des affections du nez. Peut-être constitue-t-elle un groupe d'attente à limites vagues, intermédiaire entre le coryza aigu et la rhinite hypertrophique, pouvant être décrite soit comme *hypérémie* (Ruault) soit comme *catarrhe* : mais telle qu'elle est, cette rhinite mérite toute l'attention du médecin qui la rencontre chaque jour, et dont elle lasse les efforts par sa ténacité.

§ II. — La fréquence du coryza chronique dérive de la multiplicité de ses *causes* ; seule la connaissance de celles-ci mène à une thérapeutique rationnelle.

A. LE CORYZA CHRONIQUE SUCCÈDE TRÈS SOUVENT AU CORYZA AIGU. — Ce n'est pas le premier rhume, ni même le second, qui se chronicise : mais, à force de se répéter, les coryzas aigus s'allongent, se rapprochent, et deviennent presque subintronants. Les malades déclarent « ne finir un rhume que pour en commencer un autre ». Chacun de ces coryzas se résoud mal ; chacun d'eux laisse un reliquat ; et de la « sommation de ces résidus (Zarniko) » naît le coryza chronique.

B. LE CORYZA CHONIQUE EST ASSEZ SOUVENT CHRONIQUE D'EMBLÉE. — Les mêmes causes qui retardent le départ du coryza aigu, avancent l'arrivée du coryza chronique. Ce sont, avant tout, des causes à action locale, aidées, il est vrai, par une prédisposition d'ordre général.

Les *microbes*, qu'on s'attendrait à voir au premier rang en cette affaire, n'y semblent jouer qu'un rôle très effacé. Ils pullulent cependant dans les nez enclavés, où l'on trouve du streptocoque, du staphylocoque doré, souvent aussi du colibacille et du pneumo-bacille de Friedländer : mais jamais on ne rencontre de bactéries dans l'épaisseur de la muqueuse, de sorte qu'on doit admettre, avec Klemperer et Hajek, que ces agents n'ont qu'une action de présence, saprophytique ; ils prolifèrent parce que le coryza chronique entrave la fonction bactéricide du nez ; et ils se bornent à cela (Gradenigo).

*L'exagération des réactions physiologiques de la pituitaire*

poussée au delà de ses forces : telle est la cause ordinaire du coryza chronique. Chauffer, hydrater, purifier l'air inspiré est le rôle du nez : à le remplir d'une façon trop intense il se surmène et tombe malade.

a) De même que le refroidissement aigu est la cause du coryza aigu, le *refroidissement chronique* est un motif banal de coryza chronique. Celui-ci est l'infirmité habituelle des gens qui ont profession de se refroidir, des mariniers, des blanchisseuses : et, pour la même raison, il a surtout été étudié par les médecins habitant les pays froids. Le vent salé de la mer y prédispose ; ainsi, en France, le Havre est une ville qui paie de ce fait un lourd tribut à la rhinologie.

b) Les *variations hygrométriques* de l'atmosphère sont également nuisibles. A New-York, l'humidité de l'air, au lieu d'osciller autour du chiffre de 40 %, qui est normal dans la saison froide, fait le même jour des sautes de 10 % à 90 % (Freudenthal). Le coryza chronique y est donc endémique ; on l'y surnomme : « le catarrhe américain ».

c) Les *poussières atmosphériques* sont surtout néfastes. On n'échappe guère au coryza chronique dans les villes enfumées des pays industriels ; et moins encore si l'on exerce un métier qui expose à l'inspiration de poussières, agissant par irritation mécanique ou chimique. Les rhinites professionnelles sont aussi souvent chroniques qu'aiguës,

C. CONDITIONS PRÉDISPOSANTES. — Ces conditions, secondes le plus souvent, mais parfois capables d'agir seules, favorisent l'action néfaste des agents atmosphériques.

a) *Age et sexe.* — Le coryza chronique atteint deux fois plus souvent l'homme que la femme, et il est bien plus commun chez l'enfant que chez l'adulte : parce que l'homme est plus exposé aux intempéries que la femme, et parce que l'enfant a, moins que l'adulte, souci de ne pas se refroidir.

b) *Hygiène défectueuse.* — Favorisent l'usage du coryza chronique : l'usage du tabac, et surtout l'habitude de rendre de la fumée par le nez ; l'alcool ; la coutume de prendre des boissons trop chaudes ; l'abus du sel dans les aliments (Jacquet) ; la constriction de l'abdomen par des ceintures ou des corssets, qui refoulent le sang vers la tête (M. Schmidt) ; le

séjour dans une chambre mal aérée ; l'emploi, pour s'éclairer pendant le travail, d'une lampe à gaz placée près de la tête (Cholewa).

c) *Lésions nasales préexistantes.* — Il importe ici d'établir une distinction :

1<sup>o</sup> Certaines lésions nasales ne font que favoriser l'action des causes nocives extérieures : elles ne constituent qu'une *prédisposition locale*. Le facteur habituel du coryza chronique, auquel on prend le moins garde, est l'étroitesse du nez. Chez les porteurs d'une déviation de la cloison qui ne semble même pas gêner la respiration, on constate très souvent que la muqueuse du côté étroit est plus rouge que celle du côté large. Cette différence est due à ce que la sténose gêne l'expulsion des mucosités, dont la stagnation entretient le coryza, ainsi unitéralisé ; et aussi elle résulte de ce que l'aspiration thoracique, s'exerçant sur la région sise en arrière du point rétréci, y détermine un vide que n'arrive pas à combler l'apport insuffisant de l'air inspiré. Ce vide fait ventouse sur la partie postérieure de la fosse nasale, en particulier sur les queues des cornets qu'il tuméfie. Pour la même raison, l'étroitesse congénitale des fosses nasales (Störk), disposition héréditaire qui se rencontre souvent dans les familles nobles à type dolichocéphale, favorise la chronicisation du coryza : surtout quand, du fait de la leptoprosopie concomitante, le palais est congénitalement surelevé (Bendelack Hewetson). Les gens qui ont la « figure en lame de couteau » sont généralement des enclisfrenés.

2<sup>o</sup> D'autres lésions nasales ou juxta-nasales ont une importance plus grande encore : ce sont des *lésions mères* qui suffisent à entretenir et même à produire un coryza chronique. a) Chez l'enfant, le coryza chronique est très souvent sous la dépendance, s'il est unilatéral, d'un corps étranger, s'il est bilatéral, de végétations adénoïdes. Cette dernière circonstance est banale : neuf fois sur dix, on guérit le nez des enfants toujours enrhumés, en grattant leur cavum. L'hypertrophie de l'amygdale pharyngée provoque la rhinite chronique en irritant les fosses nasales par les sécrétions muco-purulentes qu'elle y déverse ; et elle l'entretient en produisant une hy-

pérémie veineuse de la pituitaire (Trautmann) par la compression qu'elle exerce indirectement sur les plexus veineux maxillaires internes, dans lesquels se rendent les veines postérieures des fosses nasales. β) Chez l'adulte, il arrive parfois qu'on traite sans succès un coryza chronique parce qu'il est entretenu par quelque suppuration sinusale méconnue, généralement localisée à des cellules ethmoïdales. — Ce sont là des rhinites chroniques secondaires que jamais ne guérit le traitement qui s'adresse à elles seules.

*d) Lésions viscérales.* — Beaucoup de coryzas chroniques sont causés et entretenus par une stase sanguine dans la muqueuse nasale, hypérémie mécanique ou réflexe, dont il faut rechercher la cause première : 1<sup>o</sup> dans le tube digestif : atonie gastro-intestinale, constipation habituelle ; 2<sup>o</sup> dans l'appareil génital : vaginite, mètrite, prostatite chronique ; 3<sup>o</sup> dans le mauvais fonctionnement du cœur : lésions mitrales, sclérose du myocarde ; 4<sup>o</sup> dans l'insuffisance du rein : albuminurie, oligurie, etc.

*e) Maladies générales.* — Il est indéniable que, indépendamment des causes précédentes, certains individus sont particulièrement prédisposés au coryza chronique. Cette prédisposition est le plus souvent d'ordre général. On aura à compter : 1<sup>o</sup> avec la scrofule, qui entretient dans la seconde enfance des coryzas à sécrétion abondante ; 2<sup>o</sup> avec l'arthritisme et la goutte, facteurs habituels, chez l'adulte, des coryzas à forme hypérémique ; 3<sup>o</sup> avec l'anémie, chez quelques femmes, anémie qui, le plus souvent, relève d'une lésion génitale ignorée ou dissimulée ; 4<sup>o</sup> avec le diabète lequel, au même titre que le brightisme, provoque un catarrhe hypérémique nasal et pharyngien, à type vernissé spécial (Garel).

§ III. — Le syndrome habituel qui exprime le coryza est l'*encliffrènement*. Celui-ci se compose de deux éléments associés avec prédominance variable de chacun d'eux : écoulement nasal et obstruction nasale.

A. L'ÉCOULEMENT NASAL est inégal et inconstant.

a) Les *altérations quantitatives* de la sécrétion nasale ont pour unité de mesure : le mouchoir. Les patients apprécient

l'aggravation ou l'amélioration de leur rhinite suivant le plus ou moins grand nombre de mouchoirs de poche qu'ils donnent le samedi à leur blanchisseuse. En général, trois mouchoirs de grandeur moyenne suffisent à un coryza moyen. Les débâcles nasales extraordinaires, rapportées par quelques auteurs (15 grammes à l'heure pendant dix huit mois, Morell-Mackenzie), relèvent de l'hydrorrhée nasale.

Plus rarement, les patients se plaignent d'une sécheresse pénible : en vain ils se mouchent et éternuent à sec pour atténuer le prurit nasal qui les tourmente ; ils déclarent qu'ils seraient très soulagés s'ils pouvaient faire couler leur nez (von Stein.)

*b)* Les altérations qualitatives de la sécrétion nasale ont plus d'intérêt. Hajek a dit, avec raison, qu'un nez sain ne se mouche pas sans cause. Donc, le fait de moucher à tout propos du mucus, même transparent, indique une irritation nasale. Abstraction faite des cas d'hydrorrhée nerveuse, où le liquide qui sort du nez est aqueux, les sécrétions du coryza chronique sont muco-purulentes, sans odeur, mais épaisses et gluantes : le malade a peine à les expulser ; elles empêtent le mouchoir en séchant. Elles se concrètent dans le vestibule nasal en croûtes, que le doigt essaie incessamment de détacher, provoquant ainsi des érosions de la cloison qui saignent peu et souvent.

Le plus ou moins d'opacité de ces sécrétions mesure assez bien les variations de la maladie.

B. L'OBSTRUCTION NASALE est le fait prédominant. Elle tient à deux causes : *a)* à la stagnation des mucosités qui encombrent les fosses nasales ; *b)* à la tuméfaction de la muqueuse, en particulier au gonflement du cornet inférieur. Ce dernier élément d'obstruction est le plus important : à ce point que Ruault renvoie l'étude du coryza chronique au chapitre de l'hypérémie nasale. Une telle assimilation est un peu forcée. Il peut sembler irrationnel de ranger dans le même groupe le nez d'enfants scrofuleux, dont la muqueuse pâle et atone secrète d'abondant muco-pus, et le nez de l'adulte goutteux, dont les cornets en érection produisent une obstruction sèche : mais, en ne considérant que ces types extrêmes, on

risquerait de méconnaitre les cas intermédiaires, bien plus nombreux. Dans le coryza chronique, le nez coule plus ou moins jaune, selon qu'il est plus ou moins infecté secondairement : toutefois ce n'est là qu'une question de degré qui ne permet point encore la dissociation de cette affection. Reconnaissions néanmoins que tous les coryzas chroniques ne sont point semblables, de même que ne se ressemblent pas toutes les bronchites chroniques.

L'obstruction nasale du coryza chronique est surtout d'ordre hypérémique : et ce sont, avant tout, les changements de volume du cornet inférieur qui règlent les variations de perméabilité du nez chez les sujets enchiffrés.

Est-il besoin de rappeler à ce propos qu'il semble exister dans les fosses nasales un tissu érectile analogue à celui du corps caverneux de l'urètre : avec cette différence, cependant, qu'à l'inverse de ce qui a lieu pour le pénis, l'érection est l'état normal des cornets ? Ce tissu érectile se rencontre sur la tête et la queue des cornets moyens et inférieurs : mais il est bien plus abondant sur ceux-ci dont il recouvre toute l'étendue de la face interne. La queue du cornet inférieur est le « gland du nez » (Poirier). — Il est vrai que l'accord n'est pas fait entre anatomistes au sujet de la nature de ce tissu. Certains n'y veulent voir qu'un plexus veineux à très larges mailles : mais la majorité admet l'existence du corps caverneux de la pituitaire, car les lacs vasculaires de cornets présentent dans leur paroi une double couche musculaire très développée (Pilliet). Vaso-dilatation et vaso-constriction s'y effectuent activement, par des actes réflexes que commandent des nerfs vaso-moteurs, émanés du ganglion sphéno-palatin (Zuckerkandl), véritables *nervi erigentes nasi*.

Et ainsi s'expliquent les caprices de l'obstruction nasale. Le nez se bouche pour un rien et se débouche de même. Ce qui le ferme, c'est la chaleur des appartements, le froid aux pieds, une digestion pénible, une garde-robe en retard. Ce qui l'ouvre, c'est l'air froid, un bain de pieds chaud, et surtout l'émotion : la peur du médecin fait que nos malades ont presque toujours le nez libre quand ils viennent nous consulter, et qu'ils ne le sentent obstrué en notre présence que quand peu à peu ils se sont habitués à notre vue. L'obstruction est tantôt

bilatérale, tantôt unilatérale ; souvent elle change de côté plusieurs fois dans une même journée : elle est à bascule. Tout cela est phénomène vaso-nerveux, d'ordre réflexe : mais la déclivité de la tête agit aussi, passivement, pour congestionner la pituitaire. On a le nez plus fermé la nuit que le jour ; et quand on repose sur le côté, la fosse nasale la plus élevée se vide de sang aux dépens de la plus basse ; si l'on se couche sur le dos, les deux côtés se bouchent à la fois.

Les neurasthéniques consignent minutieusement tous ces faits dans les petits papiers qu'ils viennent nous lire ; plus d'un nous confie qu'il a le nez très bouché après le coït.

§ IV. — L'enchifrènement nasal entraîne une série de conséquences inévitables, symptômes de second plan, qui incommodent fort le malade.

La *respiration buccale* est ce dont il se plaint le plus. Elle a heureusement des périodes d'intermittences. Les nuits surtout en sont troublées : l'enchifrené dort mal, s'agit, ronfle ; et le matin il s'éveille avec la tête lourde et la bouche desséchée.

Les *troublés de l'odorat* ne sont pas moins désagréables : surtout parce qu'ils entraînent des altérations du goût, cause d'inappétence. Il n'y a en général que de l'anosmie respiratoire, c'est-à-dire que l'accès de la fente olfactive est interdite aux odeurs par le gonflement de la muqueuse et l'encombrement du nez ; le traitement en vient assez aisément à bout. A la longue, l'épithélium de la tache olfactive s'altère : paraît alors l'anosmie essentielle, à peu près incurable.

L'*altération de la voix* est fréquente : la voix perd son métal, devient sourde, « morte » : elle prend plus ou moins les caractères de cette rhinolalie close, qu'on rencontre à son maximum chez les adénoïdiens.

La *céphalée* est notée dans les deux tiers des cas (Harrison Allen), soit sous forme de constriction frontale, soit avec le type de la migraine. Elle peut même être un symptôme à tel point prédominant, que le médecin en méconnait l'origine nasale. L'habituelle sensation de tête lourde des enchifrenés, semble avoir son explication, bien moins dans la participation

possible des sinus frontaux ou dans une céphalée réflexe, que dans les troubles de la circulation veineuse et lymphatique de la pituitaire, qui ont pour conséquence une augmentation de la tension intra-cranienne.

Le *catarrhe naso-pharyngien*, accompagnement presque obligé du catarrhe nasal, superpose à ce dernier des symptômes plus pénibles encore que les précédents. C'est le besoin incessant de renifler, lequel, après maints efforts, fait tomber dans le pharynx une masse gluante, qui donne la nausée ; c'est la vomitition matinale, aboutissant à des contractions déréglées de la gorge faites au réveil pour détacher les mucosités qui se sont collées dans le naso-pharynx pendant la nuit ; ce sont des sensations pénibles de corps étranger, de plaie, de brûlure dans la gorge. En vain on tâche de persuader au malade qu'il n'a ni cancer ni tuberculose ; il demeure incrédule et ces paresthésies le conduisent souvent vers l'hypocondrie. Le fait qu'elles disparaissent parfois sous l'influence d'une simple cocaïnisation du pharynx (Martin) ne le rassure pas.

#### § V. — L'examen *objectif* des fosses nasales donne des résultats assez variables.

1<sup>o</sup> La *rhinoscopie antérieure* montre le nez plus ou moins encombré de muco-pus. Souvent on observe de fins filaments de mucus tendus de la cloison au cornet inférieur à la façon des toiles d'araignées : ce qui prouve qu'il y a des moments où ces deux parties viennent intimement en contact. Généralement, le muco-pus s'accumule sur le plancher ; il y stagne pour cette raison que le courant d'air expiré ne passe point en cet endroit et l'y laisse tranquille. La muqueuse nasale, surtout au niveau du cornet inférieur est épaisse : tantôt rouge, tendue, luisante ; tantôt pâle, flétrie, mamelonnée. Le cornet inférieur présente un degré d'érection variant d'un examen à l'autre. Ruault signale les hypérémies circonscrites soit au tiers antérieur, soit dans les deux tiers postérieurs de ce cornet ; il explique ces localisations par les recherches de Dastre et Morat, de François Franck, qui montrent que les vaso-dilatateurs de la région antérieure de ce cornet viennent

du nerf optique, tandis que ceux de la zone postérieure émanent du ganglion sphéno-palatin.

2<sup>o</sup> L'*examen au stylet* donne une sensation caractéristique dite de « l'édredon ». Le stylet s'enfonce dans le cornet inférieur comme dans un coussin de plumes. Quand il y a simple hypérémie, l'excitation produite par ce contact amène une rétraction rapide du cornet; plus tard, aux phases avancées du coryza chronique, cette réaction se produit à peine.

3<sup>o</sup> L'*épreuve de la cocaïne*, et plus encore celle de l'adrénaline, donne un renseignement précieux. Sous cette influence, tout ce qui n'est pas tissu de néfomation se rétracte énergiquement. Il n'est pas de meilleur procédé pour différencier le coryza chronique simple de la rhinite hypertrophique, et pour déterminer jusqu'à quel degré l'une vient éventuellement se mêler à l'autre.

4<sup>o</sup> La *rhinoscopie postérieure* complète les explorations précédentes. Elle montre généralement les lésions surajoutées du catarrhe chronique du naso-pharynx, dont il sera parlé ailleurs: mais encore elle fournit une image choanale qui renseigne bien sur l'état du nez. Dans les cas légers, où le diagnostic est hésitant, elle lève toute incertitude: à la rhinoscopie antérieure, il est souvent difficile d'apprécier le plus ou moins de rougeur ou de tuméfaction de la pituitaire; à la rhinoscopie postérieure, il suffit de constater si les queues de cornet sont grises ou rouges: gris est l'état normal; rouge indique un catarrhe.

En outre, on constatera parfois l'hypertrophie des queues de cornet. Ce sont surtout celles des cornets inférieurs qui gonflent au point de combler presque toute la choane par une masse ovoïde, tantôt lisse comme un grain de raisin, tantôt grenue comme une framboise. Rien de moins fixe que ce gonflement: au moindre attouchement du stylet, il s'évanouit; et souvent, le lendemain, on voit à gauche la grosse queue de cornet que la veille on avait constatée à droite. Cette tuméfaction des queues de cornet est l'obstacle qui gêne le plus la respiration nasale.

§ VI. — Le *pronostic* de la rhinite chronique est plus sé-

rieux qu'on ne pense. Certes elle ne fait pas la vie plus courte, mais elle la rend par moments insupportable. Avoir incessamment le nez bouché, la tête lourde, la gorge douloureuse ; être astreint à se moucher à tout propos ; s'enrhumer d'un coryza aigu au moindre refroidissement... ce n'est point là un sort enviable (Dorison) ; sans compter les réflexes protéiformes d'origine nasale que le coryza chronique met en jeu, moins pourtant que ne le font la rhinite hypertrophique et les polypes.

Il y a plus encore. Tôt ou tard le coryza chronique atteint l'oreille, où il détermine, à la longue, l'otite sèche adhésive, qui est le procédé habituel par lequel on devient sourd et bourdonnant dans la seconde moitié de la vie. Il gagne le larynx, brisant la carrière de ceux qui font profession de leur voix. Il descend encore plus bas ; et bien souvent la bronchite chronique, qui se termine dans les angoisses de l'asystolie, n'est que la dernière étape d'une rhinite chronique dont on avait pas eu souci jadis.

Il faut sérieusement traiter le coryza chronique, moins peut-être pour lui-même que pour prévenir ces tardives complications ; ou pour les amender, si l'on a été appelé à intervenir trop tard.

Livré à soi, le coryza chronique ne rétrocède jamais. Bien traité, il s'améliore notablement. La guérison anatomique est rare : mais le soulagement que nous apportons aux malades est amplement suffisant pour justifier les exigences de notre thérapeutique.

§ VII. — Le *diagnostic* du coryza chronique ne doit pas être difficile, à en juger par l'aisance avec laquelle on le porte journellement. Cependant il y a deux écueils à éviter ; le trouver partout, à l'exemple des jeunes rhinologistes inexpérimentés ; ne le voir jamais, à la façon des vieux praticiens, très pleins d'expérience, qui sont à cent lieues de supposer dans le nez la cause d'une toux ou d'une céphalée persistantes. Seuls les « spécialistes de six semaines » ont à l'heure actuelle le droit d'étiqueter comme coryza chronique, les adénoïdites chroniques des enfants et les sinusites latentes des adultes.

Pour nous, rhinologistes plus experts, il n'y a en réalité que deux difficultés à surmonter en l'espèce. D'une part, bien distinguer le coryza chronique simple de ces névroses nasales qui ont nom coryza vaso-moteur ou spasmodique, et qui ont pour caractère typique le contraste entre l'intégrité de la muqueuse nasale et la violence des symptômes nasaux. D'autre part, faire le départ entre la rhinite chronique simple et la rhinite hypertrophique : l'épreuve de l'adrénaline est précieuse à cet égard : ce qui se rétracte est de l'hypérémie, ce qui ne se rétracte pas est de l'hypertrophie.

Le *coryza chronique unilatéral* doit toujours être tenu pour suspect : de même que la bronchite unilatérale, il est évidemment symptomatique de quelque chose de latent, qu'il y a lieu de rechercher : car ni une infection protopathique de la muqueuse nasale, ni un trouble vaso-moteur de cause générale ne peut expliquer la localisation de l'affection à un seul côté du nez. a) Une *déviation de la cloison* l'entretient souvent dans la fosse nasale rétrécie ; c'est alors la scoliose du septum qui doit figurer en première place dans le diagnostic. b) *Les corps étrangers* se dissimulent assez souvent à la vue, mais se laissent toujours reconnaître au stylet. c) La *syphilis tertiaire* du nez à son début prend le masque d'un coryza chronique unilatéral : mais le nez est généralement douloureux et gonflé extérieurement, choses inconnues dans le coryza chronique. d) *Les sinusites suppurées*, si elles sont unilatéralisées, simulent un coryza chronique unilatéral : cependant les coulées de pus caractéristiques dans le méat moyen ou la fente olfactive mettent l'attention en éveil. e) La *mucocèle du sinus maxillaire* provoque une obstruction nasale unilatérale par gonflement réflexe du tissu caverneux. Cette cause importante d'hémi-obstruction nasale (Roth) est presque toujours méconnue, car l'xsudat trop épais ne peut sortir du sinus, lequel demeure, d'ailleurs, clair à la diaphanoscopie. Des injections à haute pression dans le sinus maxillaire en chassent ce mucus concrétisé ; et dès lors le nez se débouche. Pour ne pas méconnaître cette cause, il est sage de faire au moins un lavage explorateur du sinus maxillaire, quand on constate une rhinite chronique unilatérale qui ne fait point ses preuves par ailleurs.

### TRAITEMENT

Pour qui ne voit dans la rhinologie qu'un métier, le traitement du coryza chronique est bien simple : c'est la cautérisation nasale indéfinie. Pour celui qui considère les choses d'un peu plus haut, la thérapeutique de cette affection soulève des problèmes autrement complexes. Il en est de la rhinite chronique comme de l'eczéma chronique, où le médecin fait difficilement du bien, mais très facilement du mal, si peu qu'il se trompe dans ses prescriptions.

La condition capitale du succès, dans ce traitement qui devra être suivi pendant un temps très long, c'est que le médecin gagne suffisamment la confiance de son malade pour pouvoir lui imposer telles privations qu'il juge utiles. Si ses ordonnances ne sont pas exécutées à la lettre, il court au-devant d'un échec certain. Or, les sacrifices exigés du patient sont souvent hors de proportion avec la gravité apparente de la maladie.

Encore faut-il savoir user de diplomatie. Les malades atteints de coryza chronique se répartissent en deux catégories, dont on aura à entreprendre le traitement d'une façon fort distincte : a) les indifférents ; b) les hypochondriaques.

a) Les uns ne s'inquiètent aucunement de leur coryza. Ils viennent consulter pour leurs oreilles ou leur larynx, et accueillent avec incrédulité le diagnostic qui place dans le nez le point de départ de leur maladie. Pour vaincre leur scepticisme, qui se paie de cette double raison qu'ils ne souffrent pas du nez et qu'ils se mouchent « comme tout le monde », le médecin aura à mettre en œuvre toute sa persuasion ou son autorité.

b) Les autres ont, au contraire, leur existence empoisonnée par l'hypochondrie nasale. Ils sont incessamment tourmentés par des symptômes réellement pénibles : dyspnée nasale, céphalalgie frontale, lourdeur de tête et paresse intellectuelle, anosmie avec perte du goût. Leur situation devient surtout

difficile quand à ces troubles s'ajoutent les symptômes du catarrhe naso-pharyngien. Tout en les soignant d'une façon attentive, le médecin aura pour objet principal de calmer leurs inquiétudes, pour lesquelles la moindre tuméfaction devient aisément cancer ou tuberculose, et surlout de résister à leurs sollicitations vers une thérapeutique trop active.

Quoi qu'il en soit, le traitement du coryza chronique comporte deux indications majeures :

1<sup>o</sup> Supprimer la cause du coryza ou tout au moins la combattre ;

2<sup>o</sup> Traiter localement le catarrhe de la pituitaire, chose qui ne vient qu'en second lieu.

#### I. — TRAITEMENT PATHOGÉNIQUE

La cause qui provoque ou entretient le coryza chronique est souvent malaisée à découvrir. Sa recherche met en éveil notre perspicacité. Cependant la connaissance précise de l'étiologie de cette affection est la base d'une bonne thérapeutique.

A. HYGIÈNE. — Corriger les mauvaises habitudes du malade et régler son alimentation : telles sont les deux indications primordiales (Knight).

En tête de nos prescriptions, nous devons écrire : « Défense de fumer ». Malheureusement, beaucoup de malades refusent de se soumettre à cette interdiction, alléguant que, somme toute, leur maladie n'est pas mortelle et que la privation leur est trop dure. A ces fumeurs enragés, il est bon de déclarer qu'aucun traitement ne les pourra guérir. Cependant, il est certain que la sévérité des rhinologistes varie suivant leurs habitudes particulières ; et le médecin fumeur aura moins de tendance à proscrire le tabac que le spécialiste abstinent. Tous les cas, d'ailleurs, ne doivent pas être jugés pareillement. On sera intransigeant vis-à-vis d'un jeune homme qui allume trente cigarettes par jour, et chez qui on constate déjà l'apparition de complications auriculaires ; on sera plus tolérant pour l'homme mur ou raisonnable qui n'a qu'un enciffré-

ment moyen, et à qui on peut accorder un cigare quotidien. On lui recommandera seulement de ne point rejeter la fumée par le nez. — Le tabac à priser est plus nocif encore. Les grains de tabac sont autant de corps étrangers qui irritent la muqueuse nasale. Frappons le donc d'une interdiction absolue, bien que certains échifrenés assurent qu'« une bonne prise leur dégage le cerveau ».

On fera preuve d'un sage éclectisme en corrigeant l'*hygiène alimentaire* du malade. L'alcool sera naturellement interdit. L'usage modéré du vin et de la bière a moins d'inconvénients. Toutefois, en ces matières, il importe de tenir compte du genre de vie des malades. La suppression du vin et la restriction de la viande conviennent à l'arthritique sédentaire; on aurait tort de les imposer à l'homme qui mène une vie active. A ceux qui ont leur sommeil tourmenté par l'obstruction congestive du nez, il est bon de recommander une très grande sobriété au repas du soir; car les bons dîners font les mauvaises nuits.

La restriction du chlorure de sodium alimentaire a été conseillée par Jacquet. On sait quels heureux effets a la déchloruration pour faire resorber les œdèmes des brightiques (Widal). Or, surtout chez les artério-scléreux, atteints d'obstruction nasale à bascule, il suffit souvent de prescrire un régime déchloruré, pour voir la respiration nasale se rétablir immédiatement et demeurer libre tant qu'est continuée cette hygiène alimentaire. Le régime lacté agit de la même manière.

Comme il n'est pas de petit détail qui n'ait son utilité, le rhinologue poussera l'indiscrétion jusqu'à s'occuper de l'*hygiène du vêtement*. C'est peine perdue que de demander à une jolie femme si son corset la serre, car jamais pareil aveu n'a été obtenu; on aura cependant la discourtoisie, quand on rencontrera un coryza chronique associé à une taille de guêpe, d'insinuer que le nez aime que le ventre soit très à son aise. On sera plus sévère vis-à-vis des jeunes élégants qui s'enserrent le cou dans des cols étroits, écraseurs de jugulaires; il n'est pas encore démontré que la méthode de Bier, appliquée à la tête, guérisse le coryza chronique. Même ostracisme pour les ceintures qui étranglent le ventre; « portez des bretelles »

fut la seule prescription faite un jour par Moritz Schmidt à un vieil enchifrené, qui s'en trouva fort bien. Enfin, comme le froid aux pieds est une cause fréquente de « sang à la tête » et de nez bouché, on recommandera au malade de faire en sorte que cela ne soit pas.

Malheureusement, il ne suffit pas, pour parer à cet inconvénient, de dire seulement aux malades : « ayez chaud aux pieds » ; car ils ne manqueront pas de nous en demander le moyen : ce en quoi nous serons embarrassés de leur répondre, n'arrivant souvent pas à réchauffer les nôtres. Toutefois Körner donne à ce sujet des conseils très minutieux et qui méritent d'être rapportés : 1<sup>o</sup> éviter de se mouiller les pieds et, par conséquent, porter des snow-boots par les temps de neige et des galoches de caoutchouc les jours de pluie ; 2<sup>o</sup> adopter en tout temps des semelles très épaisses ; 3<sup>o</sup> renoncer aux souliers qui laissent à découverts les chevilles et mettre des bottines à haute tige ; 4<sup>o</sup> porter en hiver deux paires de bas ou de chaussettes, qui, si minces soient-elles, s'opposent au rayonnement de la chaleur des pieds bien mieux qu'une seule épaisseur de grosse laine ; 5<sup>o</sup> faire laver les bas quand ils ont été portés une ou deux fois, sinon ils s'imbibent de sueur et entretiennent sur la peau une humidité froide ; 6<sup>o</sup> enfin posséder au moins trois paires de bottines, dont chacune sera de service un jour sur trois, pendant que les autres auront 48 heures de repos pour bien sécher. De telles précautions ne sont pas puériles. Miot posait jadis dès l'abord la question suivante aux sourds bourdonnants qui venaient le consulter : « Avez-vous habituellement froid aux pieds ? » et si leur réponse était affirmative, il désespérait de les guérir. Or les pieds froids affectent tout autant le nez que l'oreille.

Enfin, avant de clore le chapitre de la toilette, informez-vous si le malade n'a pas l'habitude de renifler le matin de l'eau froide, quand il se lave ; c'est une pratique très répandue, qui croit être hygiénique et qui cause beaucoup de coryzas chroniques ; car l'eau pure, nettement hypotonique, détermine à travers la pituitaire un violent courant d'endosmose qui en altère profondément l'épithélium.

*L'hygiène professionnelle* mérite aussi considération. Celui

que son métier oblige à respirer des poussières irritantes ou des vapeurs délétères, ne guérira pas de sa rhinite chronique s'il ne change de profession : mais, pour beaucoup de gens, c'est là une impossibilité. Comme pis aller, on recommandera l'usage d'un masque pendant le travail, quoique bien peu d'ouvriers consentent à le porter, par crainte des railleries de leurs camarades.

Reste à débattre la question du *climat*. Puisqu'il est prouvé que les intempéries sont la principale cause du coryza chronique, l'adoption d'un climat favorable en doit être le meilleur traitement. Fletscher Ingals a donné d'excellents conseils à ce sujet. La forme banale secrétante du coryza chronique se trouve bien d'une atmosphère sèche et d'une altitude moyenne (500 mètres) ; la forme sèche s'améliore plutôt au bord de la mer, dans l'humidité des embruns. Avant tout, il faut recommander l'air pur de la campagne ou des petites villes. En France, à ceux qui peuvent choisir leur résidence ou leur garnison, on déconseillera l'humidité de l'Ouest, les durs hivers de l'Est, et aussi le mistral de la vallée du Rhône ; la douce région du Sud-Ouest paraît, au contraire, particulièrement clémente aux muqueuses aériennes. Toulouse, la ville des voix pures, serait le sanatorium des coryzas chroniques.

Les enfants scrofuleux se trouvent bien du bord de la mer ; mais, suivant la façon dont ils réagissent, il y a lieu de choisir entre les plages dures, moyennes ou douces, dont Berck, Arcachon et Cannes sont les types.

Les vieillards enchifrenés aiment les pays chauds ; on leur conseillera l'hiver sur la Côte d'azur.

**B. LÉSIONS NASALES.** — Méfions-nous, en principe, du diagnostic simpliste de coryza chronique et ne nous y arrêtons que quand toute autre cause de suppuration nasale a été éliminée. Bien grave, mais bien fréquente est l'erreur qui met une telle étiquette sur une sinusite chronique. Un filet de pus dans le méat moyen, quelques granulations polypoïdes en sont des indices précieux ; et, d'ailleurs, prenons la bonne habitude de faire systématiquement la diaphanoscopie des sinus chez tout individu qui vient se plaindre à nous d'un écoulement nasal quelconque. Sinusite et rhinite ne s'excluent pourtant pas ; le

passage du pus venant d'un sinus malade provoque parfois un coryza chronique secondaire ; mais, en pareil cas, c'est perdre son temps que de traiter le coryza si on n'a pas guéri le sinus malade.

Et même quand il est bien et dument constaté, sachons que le coryza chronique peut être entretenu par une déformation de la cloison, par des végétations adénoïdes ; et que le meilleur moyen de le guérir alors sera un coup de rabot dans le nez ou quelques mouvements de curette dans le *cavum*.

**C. LÉSIONS VISCÉRALES ET MALADIES GÉNÉRALES.** — Nous avons vu, en étudiant l'étiologie du coryza chronique, quelles peuvent être ces lésions, ces maladies. C'est au médecin et non au rhinologue d'en instituer le traitement. Il nous est cependant pas indifférent à cet égard de connaître l'influence des *eaux minérales* sur le coryza chronique. C'est bien plus en modifiant les conditions générales de la santé qu'en agissant localement sur la muqueuse malade, que la cure faite à une station thermale améliore cette affection. Et, en effet, leur indication se tire surtout de l'état général du malade. On devra donc prescrire : 1<sup>o</sup> aux scrofuleux : les eaux sulfureuses (Luchon, Cauterets), arsenicales (La Bourboule) ou salines (Biarritz ou Salies-de-Béarn suivant que le bord de la mer est toléré ou non) ; 2<sup>o</sup> aux arthritiques : les eaux alcalines (Vichy) ou mieux encore les eaux salines froides dont l'action laxative décongestionne énergiquement le nez (Chatel-Guyon) ; 3<sup>o</sup> aux anémiques : les eaux ferrugineuses (Forges, Spa).

Deux stations thermales sont particulièrement efficaces dans le traitement local du nez, modifiant directement la muqueuse : chez les enfants lymphatiques, qui ont surtout le type catarhal du coryza chronique, l'eau sulfurée-saline d'Uriage est très recommandable ; et pour les adultes congestifs, surtout gênés par des poussées d'hypérémie nasale, le Mont-Dore est généralement indiqué.

## II. — TRAITEMENT LOCAL

Le traitement local ne doit pas être systématique. Il faut observer avec soin les variations individuelles de la susceptibilité de la pituitaire. Chez les arthritiques principalement, un traitement trop énergique aggrave très souvent le coryza. Le médecin doit avant tout se laisser guider par la façon dont réagit la muqueuse nasale, savoir varier ses prescriptions dès que leur effet commence à s'atténuer, et parfois avoir l'esprit de cesser tout traitement local : car les périodes de repos amènent souvent des améliorations inespérées ; elles remontent, en tous cas, le moral du patient.

Il est également vrai que les diverses formes cliniques qu'affecte le coryza chronique semblent *a priori* réclamer des actions thérapeutiques différentes : que les formes hypérémiques appellent la désobstruction, tandis que les formes sécrétantes demandent le desséchement.

Cependant les cas qui se présentent habituellement à notre observation associent plus ou moins ces deux éléments morbides : et comme l'expérience nous enseigne que le nez tend à devenir plus libre à mesure qu'il est plus propre, il est possible d'indiquer un traitement local type, qui, à tout prendre, donne de bons résultats. Il a pour formule : déboucher et nettoyer le nez.

Ce traitement local se propose de diminuer la congestion de la muqueuse nasale et de rétablir le fonctionnement normal de ses glandes. Il doit s'efforcer d'être doux. Knight s'élève, avec raison, contre la tendance déplorable de certains spécialistes à se servir des moyens destructifs ; de ceux, surtout, qui voient dans le galvano-cautère le seul instrument de fortune et de guérison.

La première indication est de faire cesser l'enchiffrément en débarrassant les fosses nasales des mucosités qui les encombrent : c'est procurer au malade un grand soulagement, en lui rendant la liberté de sa respiration nasale, et c'est favo-

riser l'action des médicaments sur la muqueuse ainsi mise à découvert.

Pour débarrasser leur nez, les malades se mouchent aussi fort que possible : il faut le leur défendre, car les efforts exagérés qu'ils font ainsi, augmentent l'hypérémie nasale et éternisent le coryza. On doit leur apprendre à se moucher rationnellement : alternativement fermer une narine en l'aplatissant avec un doigt et souffler fortement par l'autre côté largement héant ; c'est se moucher à la paysanne. Ainsi faisaient les seigneurs de la cour de France jusqu'à Henri III.

I. BALNÉATION. — Le classique lavage du nez est, de tous les modes de traitement, celui qui soulage le mieux les malades : ainsi s'explique la vogue inouïe qu'a eue si longtemps le siphon de Weber. Il suffit d'avoir été soi-même enchiffré pour reconnaître que rien ne dégage mieux le nez que de le laver. Aussi bien est-ce là la première prescription que nous devons faire à qui vient nous consulter pour un coryza chronique.

La balnéation du nez répond aux deux exigences du traitement : nettoyer et déboucher. Elle dilue et balaie les mucosités qui stagnent sur le plancher de la fosse nasale ; et elle provoque la rétraction des cornets.

Pour être à la fois efficace et inoffensive, la balnéation nasale sera faite d'après les indications suivantes :

a) *Balnéation sans pression.* — Tout appareil à injection doit être proscriit, car il n'y a point ici, comme dans l'ozène, des croûtes adhérentes que seul peut détacher un jet puissant. L'instrument de choix est la pipette nasale. Sa manœuvre est des plus simples. Le bain nasal se prend ainsi bien plus proprement qu'en reniflant de l'eau dans un verre : attendu que, par ce système, qui se pique d'être simpliste, on renifle surtout de l'air et on répand de l'eau sur ses vêtements. On a reproché au bain nasal de ne laver que la région inférieure du nez ; et on lui préfère parfois les pulvérisations qui se diffusent partout : mais, justement, il n'est besoin de laver que le plancher du nez, car, dans le coryza chronique, c'est là que stagnent les mucosités ; d'ailleurs, le pulvérisateur ne débite pas une masse d'eau suffisante pour faire un bon nettoyage.

b) *Balnéation isotonique.* — Ne demandez aux lavages du nez que ce qu'ils peuvent donner : de nettoyer les fosses nasales, rien de plus. Donc, abstenez-vous de solutions antiseptiques qui altèrent l'épithélium ou de solutions astringentes à base de zinc ou d'alumine, qui émoussent l'odorat. Le liquide que vous choisissez n'a qu'à remplir deux conditions : n'être pas irritant et dissoudre le mucus nasal. Pour cela, il sera isotonique et alcalin.

La solution la meilleure est le borate de soude à 25 %. Vient ensuite le bicarbonate de soude à 15 %. La solution de chlorure de sodium à 7 % est également isotonique : mais elle est un peu irritante et très mal accueillie par l'oreille, si elle y pénètre (Raugé). Evitez de prescrire des poudres composées, plus ou moins savantes, qu'on ajoute à dose quelconque à l'eau du lavage : car vous ignorez absolument quel est le coefficient isotonique d'un tel liquide. Mieux vaut enfin faire silence sur l'eau boriquée, et taire les néfastes lavages du nez qui se pratiquent si généreusement dans nos stations thermales avec des eaux naturelles éminemment hypotoniques : ce qui fait qu'à l'automne, nous en voyons revenir beaucoup de malades avec une vive irritation nasale, qui n'est autre chose qu'un coryza thermal. Le coryza chronique réclamerait plutôt, à la rigueur, des bains hypertoniques, pour rétracter la muqueuse tuméfiée (Depierris).

Exception doit être faite pour les lavages sulfureux, qui donnent de meilleurs résultats que les lavages alcalins dans les coryzas chroniques des scrofuleux, à sécrétion muco-purulente abondante. Le monosulfure de sodium sera l'agent de choix. Sa solution est isotonique à 3 % : mais, à cette dose, son action chimique est infiniment trop énergique. On tournera la difficulté en versant dans un litre d'eau bouillie, une demi-cuillerée à café du mélange :

Monosulfure de sodium . . . . .	10 grammes
Eau distillée . . . . .	50 grammes
Glycérine . . . . .	150 grammes

Et comme cette solution est extrêmement hypotonique, on

la rendra équitesive du sérum sanguin en lui ajoutant 7 grammes de chlorure de sodium.

c) *Balnéation très chaude.* — Le bain nasal doit être pris à la plus haute température que le nez puisse supporter : on débute à 35° et peu à peu on s'entraîne jusqu'à accepter de l'eau à 45°, 48°. Ici éclate la supériorité du bain à la pipette sur le reniflage dans le verre : attendu que la peau de la face étant plus sensible à la chaleur que la muqueuse nasale, il y a avantage à éviter de tremper le bout du nez dans de l'eau chaude.

Plus le bain nasal est chaud, plus il agit : la chaleur décongestionne les cornets et stimule l'activité phagocytaire de la muqueuse nasale. Et c'est parce que rien ne débouche mieux le nez qu'un bain très chaud, que la balnéation nasale convient même aux formes hypérémiques non sécrétantes du coryza chronique.

Trois balnéations nasales par jour suffisent généralement au traitement du coryza chronique simple : une au réveil pour aider à l'expulsion des mucosités de la nuit ; une autre au milieu de la journée, de préférence avant le repas de midi ; une dernière le soir avant de se coucher, pour assurer un bon sommeil avec un nez libre. De toute façon, le malade doit absolument éviter de s'exposer à respirer un air froid, moins d'une demi-heure après avoir pris un bain chaud du nez.

Ce traitement soulage tellement les enclavénés qu'ils voudraient le continuer indéfiniment. Il faut cependant savoir l'interrompre, si l'on voit que la muqueuse du cornet inférieur tend à s'œdématiser, ou quand l'olfactomètre, avec lequel on doit, de temps à autre, examiner ceux qui se lavent le nez, révèle un affaiblissement de l'odorat.

II. APPLICATIONS TOPIQUES. — Patiemment et méthodiquement pratiqués, les lavages du nez peuvent presque guérir les formes légères du coryza chronique : mais dans les cas déjà anciens ils sont notamment insuffisants ; il faut leur adjoindre des applications topiques astringentes, antiseptiques ou caustiques. Ce traitement peut être alors appliqué de deux façons différentes.

1<sup>o</sup> Si le malade ne peut être suivi et doit se traiter lui-même, on aura le choix entre divers procédés d'auto-traitement :

- a) Application de pommades ;
- b) Pulvérisation de liquides ;
- c) Insufflation de poudres.

2<sup>o</sup> Si le malade peut rester à la disposition du médecin, on agira plus activement par l'un des moyens suivants :

- d) Badigeonnages ;
- e) Cautérisations.

A. POMMADES. — L'usage des pommades, en particulier de la vaseline boriquée, dans le traitement du coryza chronique, est tombé dans le domaine public : c'est, il est vrai, un remède inoffensif, mais bien anodin. Il suffit aux coryzas extrêmement légers ; le patient se vaseline le nez matin et soir, et s'en déclare très satisfait.

Dans deux cas particuliers les pommades sont cependant utiles :

a) Quand il se forme des croûtes dans le vestibule nasal, et que celles-ci appellent des grattages, qui érodent la cloison et provoquent des épistaxis.

b) Quand le coryza affecte la forme sèche et qu'il produit des sensations de brûlure et de picotement. C'est, au contraire, une illusion de compter sur elles dans les coryzas chroniques sérieux : car, ou le nez est trop bouché pour qu'il puisse les renifler, ou les sécrétions sont trop abondantes pour se laisser ainsi balayer.

L'excipient de ces pommades est la vaseline pure. Seules des substances actives incolores y pourront être incorporées : les pommades brunes à l'iodol, ou jaunes au dermatol, laissent dans le mouchoir des taches indiscrètes, qui déplaisent aux malades. Les antiseptiques usuels qui satisfont à cette condition sont le salol, la résorcine et surtout l'ozoniodol de soude, qui m'a donné quelques bons résultats. Tous trois seront dosés à 1/50 ; toutefois, il faut se rappeler que les antiseptiques incorporés aux corps gras perdent la majeure partie de leur pouvoir bactéricide.

La classique pommade à la vaseline boriquée est, à tout prendre, la pommade de choix.

Vaseline blanche . . . . .	40 grammes
Acide borique pulvérisé . . . . .	8 grammes
Menthol . . . . .	0,20 centigrammes

L'acide borique excite la sécrétion du mucus nasal ; le menthol procure une agréable sensation de fraîcheur en même temps qu'il produit une légère rétraction des cornets.

Cette pommade ne pourra avoir quelque effet que si elle est renflée en abondance, suivant une technique connue. Promener dans le vestibule nasal le bout du doigt légèrement graissé avec une larme de vaseline, perlant à l'orifice d'un petit tube d'étain, est une pratique parfaite illusoire.

B. PULVÉRISATIONS LIQUIDES. — Elles ne peuvent remplacer le bain nasal : celui-ci nettoie le nez par son abondance et le désobstrue par sa chaleur. Or, les pulvérisations sont toujours discrètes ; et elles ne peuvent être chaudes, à cause du refroidissement par détente qui se produit au sortir de l'appareil.

Cependant les pulvérisations liquides, faites avec certaines précautions, sont souvent utiles. Dans les formes sèches, elles entretiennent dans le nez une humidité bienfaisante qui dissipe les sensations pénibles et prévient la formation des croûtes. Dans les formes sécrétantes, elles réussissent, à condition d'être toujours précédées d'un bain nasal qui chasse les mucosités, à modifier la muqueuse : mais on ne les doit prescrire que quand le lavage du nez, employé seul pendant plusieurs semaines, n'aura pas amené d'amélioration sensible.

Les solutions pulvérisables, toujours introduites en très petite quantité, doivent renfermer des substances actives, en solution aqueuse. On les choisira diverses, à condition de faire une élimination préalable : pas de solutions astringentes, d'alun ou de sulfate de zinc, qui ont sur l'odorat une action néfaste ; pas de solutions de cocaïne, qui débouchent très bien, trop bien même le nez, mais mènent à l'accoutumance et à la cocaïnomanie ; pas de solution d'adrénaline, dont l'effet secondaire, retardé de plusieurs heures, est de provoquer une vio-

lente irritation nasale et de créer une crise artificielle de coryza spasmodique. Les antiseptiques donnent d'assez bons résultats. Les pulvérisations phéniquées faibles sont souvent prescrites en Angleterre. La solution de Dobbel y a eu beaucoup de vogue :

Borate de soude . . . . .	} à 7 grammes.
Bicarbonate de soude . . . .	
Glycérine phéniquée à 1/20	15 grammes
Eau. . . . .	30 grammes

Toutefois, les sels d'argent sont les meilleurs modificateurs de la muqueuse. La solution de nitrate d'argent à 1/100 est classique : mais elle a le double inconvénient de provoquer une assez vive cuisson dans le nez et de laisser des taches noires à l'entrée des narines. Les sels organiques d'argent échappent à ces reproches : en particulier, la solution de protargol à 1/20 me paraît être la pulvérisation de choix dans le coryza infecté.

Les pulvérisations huileuses semblent *a priori* inutiles, n'étant pas miscibles à l'eau et ne pouvant prendre contact immédiat avec la muqueuse. Et cependant, le bénéfice que les enchiérénés en retirent doit être considérable, à en juger par la vogue qu'elles ont aux Etats-Unis, patrie du coryza chronique. Là-bas, l'atomiseur, qui répand en nuages diverses huiles minérales, vapoléine, albolène, etc., règne sur la rhinologie ; et dans cette huile s'incorporent le menthol, l'eucalyptol, le cinmanol, le goménol, selon le goût du client et la mode du jour. Il est certain que les pituitaires de New-York, ainsi vernissés, supportent mieux les fumées de la ville monstre.

C. INSUFFLATION DE POUDRES. — Ce mode de traitement est plus actif que le précédent et doit être réservé aux formes tenaces. Le malade l'applique lui-même. La technique de l'auto-insufflation a été déjà décrite, et il a été dit que c'est le seul moyen efficace pour répandre les topiques pulvérulents à la surface de la pituitaire. Les nombreuses poudres à priser ont seulement une valeur commerciale.

Les poudres insolubles, à base de talc ou d'amidon, et com-

postées d'iodol, de dermatol, d'aristol, d'europhène, antiseptiques successifs dont la décadence a suivi de près la grandeur, doivent être sévèrement interdites. Il serait vraiment étrange de prétendre guérir par l'insufflation de poussières, une affection qui a comme principale cause l'inspiration de poussières !

L'excipient de ces poudres sera très soluble : le sucre de lait, le borate de soude remplissent ces conditions.

La substance active sera astringente ou caustique. On essaiera successivement l'acéto-tartrate d'alumine (2 %), le sozoidol de soude (2 %), le tétraborate de soude (50 %), le nitrate d'argent (1 à 2 %). Zarniko recommande :

Menthol . . . . .	0,20 centigrammes
Tétraborate de soude . . . .	
Sucre de lait . . . . .	à 5 grammes

Lubet-Barbon et Sarremone préfèrent les insufflations d'acide borique finement cristallisé, parce qu'il pénètre moins facilement dans les sinus que la poudre fine. L'acide borique excite violemment la sécrétion de la pituitaire, dont le mucus balaie les croûtes et dégage le nez. Les insufflations de nitrate d'argent sont moins recommandables : attendu que ce sel noircit l'entrée du nez, tache les mouchoirs, et n'accepte comme excipient que la poudre insoluble de talc.

L'usage de ces poudres exige certaines précautions, surtout chez les sujets nerveux. Le nombre des insufflations quotidiennes doit varier de deux à six ou huit, suivant la ténacité du coryza, et suivant l'intensité de la réaction de la pituitaire. Si, ce qui n'est pas rare, l'insufflation, surtout avec les poudres astringentes, détermine de violents éternuements, accompagnés de céphalalgie frontale, il est préférable de n'en faire qu'une matin et soir, et de ne pas pratiquer dans une même séance le traitement des deux fosses nasales.

De toutes façons, c'est un traitement irritant, pénible pour le malade : et, m'écartant en cela des rhinologistes allemands qui le prescrivent par tradition, je préfère le traitement doux des Américains qui, en gens pratiques, ne sont pas tentés de superposer au coryza, qui leur est pénible, un traitement plus

pénible encore. Pour ma part, j'ai toujours obtenu de bons résultats avec les balnéations alcalines chaudes, accompagnées ou non, suivant les circonstances, de pulvérisations protargolées.

Il est bien convenu qu'un tel traitement ne peut être continué indéfiniment sans inconvénient pour le nez et surtout sans danger pour l'odorat : et que les enchifréness de notre clientèle qui veulent se traiter eux-mêmes, doivent, plusieurs fois par an, venir nous rendre compte des résultats obtenus.

**D. BADIGEONNAGES.** — Ce procédé de traitement est bien plus efficace que les précédents : mais il exige que le patient reste à la disposition du spécialiste, qui, seul, peut l'appliquer. Confier soit au patient, soit à son médecin de famille, le soin de badigeonner les fosses nasales, c'est courir au-devant d'un échec en même temps que se déconsidérer ; on aura à endosser la responsabilité d'un traitement mal fait parce qu'on ne l'aura pas fait soi-même.

La technique du badigeonnage a été expliquée. Une légère cocaïnisation préalable du nez, à l'aide d'une pulvérisation de solution à 1 %, est nécessaire pour ouvrir les fosses nasales et leur faire accepter mieux le contact du porte-coton. L'application sera répétée, prolongée, méthodique : il est parfois avantageux d'y joindre un peu de massage vibratoire.

Les substances médicamenteuses ont chacune leur indication.

Dans les formes atones, où prédominent la sécheresse et la tendance aux croûtes, on emploiera l'iode avec, comme excipient, la glycérine (Mandl). On commencera par la solution à 1 % ; et, s'il n'y a pas d'intolérance, atteindra le taux de 2 % :

**Solution 1**

Iode . . . . .	0,50 centigrammes	Solution 2
Iodure de potassium . . .	1,50      »	1 grammes
Glycérine pure . . . . .	100 grammes	3 grammes
Menthol . . . . .	0,50 centigrammes	100 grammes

Cette « iodglycerin » dont font tant abus les néophytes de

l'Ecole allemande, ne doit pas être employée inconsidérément. Son effet est assez désagréable. Elle provoque une abondante hypersécrétion de mucus avec sensation de plénitude dans la tête qui dure plusieurs heures.

Dans les formes catarrhales avec sécrétion purulente abondante, on préférera le nitrate d'argent en solution dans l'eau distillée. Commencer par la solution à 1 % pour atteindre la solution à 5 % que rarement on pourra dépasser. Le nitrate d'argent est « l'ami des muqueuses » : aucun agent ne séche mieux que lui le catarrhe. La réaction qu'il produit est très vive ; il provoque parfois de violentes brûlures nasales que n'arrivent pas toujours à calmer des irrigations chaudes d'eau salée. Aussi est-il préférable de lui substituer le protargol, dont le nez reçoit avec parfaite indifférence des solutions fortes à 10 % et qui donne d'aussi bons effets. Les malades qui ont essayé du protargol, n'acceptent plus d'autre traitement, tant il leur est doux : il n'en est pas moins vrai que ce corps est très actif et doit être manié avec la même prudence que le nitrate d'argent. Toutefois, il ne mord pas sur la muqueuse comme ce dernier, et doit parfois lui céder le pas.

Le nombre des badigeonnages variera suivant la ténacité du coryza. Dix badigeonnages quotidiens dans les formes rebelles, auront plus d'effet que vingt séances espacées de deux en deux jours. Si le traitement ne demande pas à être aussi actif, on se contentera de deux à trois séances par semaine pendant un mois et demi. Après quoi, on suspendra le traitement pour juger de l'effet produit. L'amélioration étant obtenue, on se contentera de prescrire des bains chauds ou des pulvérisations huileuses ; s'il y a rechute, on recommencera une nouvelle saison de badigeonnages, en essayant d'un autre médicament. Dans tous les cas, même pendant la durée du traitement, la balnéation nasale ne doit pas être suspendue.

Et si après deux ou trois reprises, l'effet est à peu près nul, mieux vaut cesser tout traitement pendant quelques mois, pour ne point décourager le patient. Une cure thermale vient alors à point pour lui remonter le moral.

**E. AÉROTHERMIE.** — Les insufflations d'air surchauffé, suivant la méthode de Lermoyez et Mahu, donnent de bons résul-

tats dans la rhinite congestive à bascule (Schiffers). Elles agissent peu quand il existe de la sécrétion muco-purulente ; plus l'élément vaso-moteur prédomine sur l'élément infectieux, plus l'amélioration ainsi obtenue est satisfaisante.

En général, six ou huit applications d'air chaud, faites de deux en deux jours, amènent une désobstruction nasale manifeste. Mieux est de donner ensuite au patient quinze jours de repos pour reprendre une nouvelle série de quatre à six séances. Evidemment, la guérison n'est pas définitive ; mais l'amélioration est prolongée.

La durée de chaque séance doit varier suivant les susceptibilités individuelles : une minute au maximum pour chaque fosse nasale. D'ailleurs, le coryza chronique réagit moins à l'air chaud que le coryza spasmodique ; et il n'y a pas ici à redouter les crises artificielles violentes produites par un traitement trop intensif.

Bien entendu, on ne se contentera pas de porter l'insufflation seulement à l'entrée du nez : mais, dès que la tête du cornet inférieur se sera rétractée, on introduira au fond des fosses nasales un tube fin pour conduire l'air chaud jusque sur la queue du cornet.

**F. CAUTÉRISATIONS.** — En désespoir de cause, dans les cas rebelles, on a conseillé de cautériser la muqueuse avec des caustiques solides, et d'y tracer des stries avec du nitrate d'argent, de l'acide trichloracétique ou de l'acide chromique. Le remède me paraît pire que le mal. Ces cautérisations énergiques, qui ont raison d'être pour supprimer les bourgeons ou les polypes des cavités suppurantes, se comprennent mal quand elles s'adressent à des troubles vasculaires et à des altérations glandulaires. Détruire n'est point modifier. Il serait facile de sécher un nez en transformant la pituitaire en tissu de cicatrice : mais le malade y gagnerait-il ?

La galvanocaustie, qui est la plus logique et la plus simple de toutes les cautérisations, n'est indiquée que quand aucun des moyens précédents n'a pu vaincre l'insuffisance nasale qui tourmente le malade. Elle s'adresse surtout aux formes congestives dont les gros cornets s'acheminent vers la rhinite hypertrophique.

Un dernier conseil. Ne pas oublier que la rhinite chronique coïncide presque toujours avec un catarrhe chronique du nasopharynx ; et que la thérapeutique du coryza doit être complétée par le traitement de cette dernière affection, plus tenace et plus pénible encore.

## II

### NOS DERNIERS CAS DE BRONCHOSCOPIE ET OESOPHAGOSCOPIE CORPS ETRANGERS DES BRONCHES CURE DE RÉTRÉCISSEMENTS INFRANCHISSABLES DE L'OESOPHAGE

Par **GUISEZ**, chef des Travaux de laryngologie à la clinique chirurgicale de l'Hôtel Dieu.

Depuis deux ans nous avons eu l'occasion d'appliquer la bronchoscopie et l'œsophagoscopie à un certain nombre de malades qui en étaient justiciables.

Grâce à la bronchoscopie, nous avons réussi à extraire quatre corps étrangers bronchiques, ce qui porte à sept le nombre des extractions que nous avons pu faire par ce procédé. Dans plusieurs cas le bronchoscope nous a permis d'éliminer des corps étrangers imaginaires.

Par l'œsophagoscopie nombreux sont les cas où nous avons pu poser le diagnostic *de visu* de cancer ou de lésion de cet organe. Nous avons eu l'occasion de soigner aussi, trois malades atteints de rétrécissement infranchissable cicatriciel et un congénital de l'œsophage, et dans trois cas nous avons réussi à les débarrasser de leur infirmité.

Ce sont ces différentes observations que nous désirerions rapporter ici, nous verrons tout l'enseignement que l'on peut en tirer.

#### I. — BRONCHOSCOPIE

*Pièce de 10 francs dans la bronche droite; extraction par la bronchoscopie supérieure.*

OBSERVATION 1. — Un homme, exerçant la profession de caissier, avait le 3 septembre 1903, quelques pièces de 10 francs dans la

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, t. XXXII, n° 12, 1906

bouche. Il en sentit tout à coup une filer et disparaître dans le larynx. Il fut pris aussitôt d'un accès terrible de suffocation avec toux quinteuse, violente, et sensation de manque d'air. Après quelques minutes de cette crise aiguë, les phénomènes s'amendèrent. Néanmoins dans le reste de la journée, il y eut encore deux ou trois petits accès de suffocation avec toux quinteuse persistante.

Plusieurs fois, à l'occasion d'une quinte de toux, l'expectoration fut striée et teintée de sang. Ces petites hémoptysies peu abondantes eurent le don d'effrayer beaucoup le malade et ce sont elles surtout qui le décidèrent à consulter un médecin de son quartier. Celui-ci essaya de le persuader qu'il n'avait rien dans les bronches, convaincu, du reste, qu'il s'agissait là d'un simple fait d'imagination. Le malade soutenait le contraire, d'autant qu'il sentait nettement une douleur assez vive à la partie supérieure du poumon droit, et que les déplacements de la pièce dans la toux ou la respiration énergique l'impressionnaient péniblement.

Les jours suivants, élancements et points de côté dans la partie supérieure de la poitrine. Tous les matins, quintes surtout pénibles immédiatement après le réveil, avec expectoration filante et muco-purulente. Après cette sorte d'évacuation, le reste de la journée était très calme. Cependant, quand le malade se baissait, il lui semblait que sa pièce se déplaçait. Plusieurs fois, à l'occasion de mouvements un peu brusques, apparurent de véritables accès de suffocation, dus aux déplacements de la pièce pouvant obstruer la grosse bronche droite en se plaçant en travers d'elle. Depuis trois semaines, les symptômes sus-énoncés ont augmenté d'intensité et tous les matins se produisent de véritables vomiques à la suite desquelles survient un soulagement notable. Dans ces derniers temps aussi, le malade se plaint d'une sorte de cacoscnie subjective avec mauvais goût dans la bouche. Durant cette période de seize mois, depuis le jour de l'accident, le malade alla conter sa mésaventure à sept ou huit médecins. Tous essayèrent, mais en vain, de lui prouver qu'il se trompait, jusqu'au jour où il vint consulter le Dr Barret. C'est dans son cabinet que nous vîmes pour la première fois le malade.

Un examen rapide externe du thorax et l'auscultation ne nous révélèrent rien de particulier qu'un peu d'obscurité de la respiration dans la partie supérieure du poumon droit.

L'examen radioscopique pratiqué, le 11 février 1905, a donné les résultats suivants (1).

(1) Notice du Dr Barret.

« Le malade étant placé dans la position frontale, le dos tourné vers l'écran, l'ombre de la pièce apparaît sur le bord droit de l'ombre médico-sterno-vertébrale, dépassant un peu cette ombre à droite.

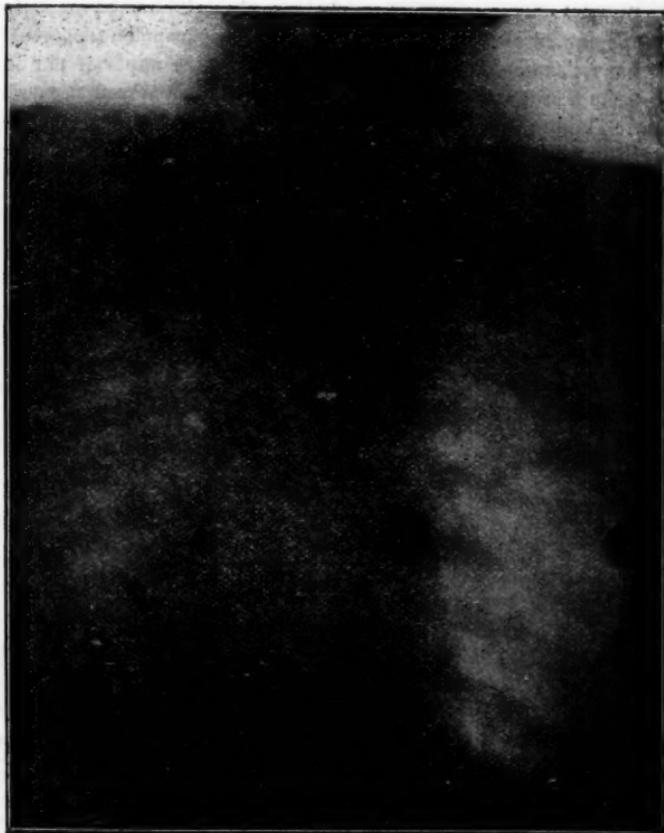


FIG. 1.

Radiographie d'une pièce de 10 francs dans la bronche droite.

La hauteur répérée à l'aide du rayon normal, c'est-à-dire en faisant passer par le centre de l'ombre le rayon perpendiculaire à l'écran correspond à la partie inférieure du sixième espace inter-

costal en arrière. La pièce est placée de champ, debout sur sa tranche et dans un plan sensiblement parallèle au plan frontal.

Les mouvements respiratoires semblent lui faire subir un léger déplacement en hauteur qui atteint 3 ou 4 centimètres dans la toux et l'expiration forcée.

Du côté des poumons, on note une obscurité assez prononcée du poumon droit, le sommet gauche est lui-même peu transparent.

Dans l'examen en position oblique, la pièce apparaît par sa tranche à la partie antérieure de l'espace clair moyen compris entre l'ombre de la colonne vertébrale et celle du cœur, à un niveau un peu inférieur à celui du sommet de l'ombre cardio-aortique.



FIG. 2.

Eclaireur broncho-œsophagoscopique.

On fait une radiographie, le thorax étant immobilisé en inspiration. Comme le malade est incapable de retenir son souffle plus d'une vingtaine de secondes, la pose est faite en trois fois ; le courant est établi dans l'ampoule dès que le malade a immobilisé son thorax et interrompu dès qu'il est obligé de reprendre sa respiration. On réalise ainsi une pose d'une durée totale de cinquante secondes, minimum de temps paraissant nécessaire, étant donné la robuste constitution du sujet. L'ombre de la pièce est bien visible sur l'épreuve radiographique dans la région indiquée par la radioscopie. Mais celle-ci nous donne des renseignements bien plus précis que la radiographie. »

La présence de cette pièce et sa localisation à la partie moyenne de la bronche droite, étant donné la projection de l'ombre au niveau du sixième espace intercostal en arrière, n'était donc plus douteuse.

Nous donnons rendez-vous au malade pour le matin du 14 février, dans le service du professeur Le Dentu, en lui recommandant de venir à jeûn et après lui avoir fait prendre jusque là 4 grammes de bromure de potassium par jour.

Dans la position assise nous cocalnons le pharynx, le voile, la base de la langue, l'entrée de l'œsophage, les arytenoïdes et la glotte. Puis le malade est placé pour l'intervention dans la position couchée la tête très renversée en arrière. Pour l'éclairage, nous nous munissons de notre éclaireur (fig. 2). Nous préparons un



FIG. 3.

Tube bronchoscopique  
et tube spatulé.

FIG. 4.

Instruments d'extraction.

tube de 35 centimètres et de 12 millimètres de diamètre. Au moment d'introduire le tube, sous l'influence de la position déclive de la tête sans doute, survient un léger accès de suffocation, mais rapidement les phénomènes disparaissent et tout rentre dans l'ordre.

Nous introduisons le tube et voyons successivement : l'épiglotte, les cordes vocales et franchissons d'un seul coup la glotte. Puis en cocaïnant encore, nous pénétrons rapidement dans la bronche droite.

La tranche jaune de la pièce de 10 francs nous apparaît nettement (fig. 5). Avec la pince à articulation terminale montée sur le manche universel, nous la saisissons sous le contrôle exact de la vue. Nous nous assurons que la prise est bonne et d'un seul coup nous retirons le tube et la pince avec le corps du délit.



FIG. 5.

Aspect des corps étrangers vus dans le bronchoscope.

Le malade a pu rentrer chez lui en voiture, ne gardant pendant quelques jours qu'un peu d'aphonie due à un léger œdème des cordes vocales, sans le plus petit malaise. Le lendemain de l'opération, nous pûmes, en effet, le présenter à la Société de chirurgie<sup>(1)</sup>.

*Pièce de 10 fr. 50 centimes dans la bronche droite ; extraction par la bronchoscopie supérieure.*

OBS. II. — Un chiffonnier, ayant quelques pièces de monnaie dans la bouche, avale ou croit avaler l'une d'entre elles en causant. Aussitôt, toux bruyante, quinteuse, accès de suffocation très court, puis tout rentre dans l'ordre. Les jours suivants, le malade éprouve seulement une gêne légère au moment de l'inspiration, avec une toux parfois quinteuse, principalement la nuit. Il ressent un point douloureux au-dessous du mamelon droit, plus marqué au moment des fortes inspirations et dans les mouvements un peu brusques.

(1) Il n'y a eu aucune suite opératoire.

Tourmenté par l'idée de la pièce avalée, par ce point fixe dououreux, par l'augmentation, depuis plusieurs jours, des quintes de toux et l'apparition d'une expectoration muco-purulente, il vient quatre semaines après l'accident (février 1906) consulter à l'hôpital Bichat. Il sent, dit-il, sa pièce en un point fixe de la poitrine, surtout dans les mouvements un peu violents.

M. Picqué fait, au moyen de boules exploratrices, l'examen de l'œsophage et constate qu'il est libre dans toute son étendue. L'auscultation du thorax ne révèle rien de spécial. Cependant, devant la persistance de la douleur, sa fixité et la gène plus marquée du malade, une radiographie est faite à la Salpêtrière par M. Infroid.

Le cliché montre très nettement la pièce à droite de la colonne vertébrale vers la partie interne et inférieure du cinquième espace intercostal droit.

Le malade n'avait donc pas avalé sa pièce, il l'avait aspirée et elle avait filé vers la bronche droite.

Dans ce cas particulier, c'est donc la radiographie qui fit faire le diagnostic. Jusque-là on n'avait que de simples présomptions. D'après l'image radiographique et devant la vacuité de l'œsophage, la pièce ne pouvait être que dans la bronche.

La fixité de la pièce, sa situation sur l'image radiographique au niveau de la racine de la sixième côte droite, tout cela permettait d'affirmer un corps étranger de la bronche droite.

*Opération.* — M. Picqué nous donne rendez-vous le dimanche 18 février, à 10 heures, à l'hôpital Bichat. Le malade est absolument à jeun et a pris, la veille, en deux fois, 6 grammes de bromure de potassium.

A l'aide d'un pinceau, nous insensibilisons, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/20, le pharynx, le voile du palais, la base de la langue, le fond de la bouche et tout l'isthme du larynx. Plusieurs tubes bronchoscopiques et une série de portecotons montés, destinés à éponger et à anesthésier la trachée et les bronches, sont disposés dans un plateau à notre portée.

Nous choisissons un tube de 35 centimètres de longueur et de 12 millimètres de calibre et le chauffons légèrement au-dessus d'une lampe à esprit-de-vin.

Le malade est placé dans le décubitus dorsal, la tête en position de Rose, dépassant le plan du lit, soutenue par un aide ; nous introduisons le tube par la commissure buccale gauche, la tête étant très renversée en arrière et la face regardant à gauche

L'introduction du tube chez le malade est assez pénible à cause de l'existence de chicots dentaires très accrés amenant d'assez vives douleurs dans le « redressement du tube », manœuvre indispensable pour atteindre la glotte.

Après deux tentatives infructueuses, et gêné par cette petite complication du côté de la bouche du malade, nous apercevons très nettement, par la lumière du tube, l'épiglotte, la glotte. Descendant un peu notre tube jusqu'à la commissure de la glotte, nous sommes arrêtés un instant par un spasme glottique qui est calmé rapidement par l'application de cocaïne sur les cordes vocales. Redressant progressivement notre tube et profitant d'une large inspiration, d'un seul coup nous franchissons la glotte.

Par la lumière du tube nous voyons les premiers anneaux de la trachée ; insensibilisant de proche en proche l'origine de la trachée, nous descendons progressivement le tube au fur et à mesure que nous appliquons la cocaïne. Nous ne tardons point à apercevoir l'éperon bronchique. Inclinant le plus possible vers la gauche l'extrémité distale du tube, nous cherchons à nous diriger vers l'intérieur même de la bronche droite. Nous parvenons ainsi, sans aucun incident, à l'entrée de la bronche droite. Nous voyons alors, très brillante, réfléchissant les rayons issus de notre éclaireur, la pièce de 50 centimes. Elle nous apparaît de trois quarts la tranche tournée vers la ligne médiane dans un plan intermédiaire entre le plan latéral et le plan sagittal. La pièce nous semble nettement à l'intérieur de la bronche, l'ayant pour ainsi dire dilatée, ayant donné à sa lumière une forme légèrement ovalaire. Elle est un peu plus bas que ne paraît l'indiquer la radiographie. Nous la saisissons avec notre pince à articulation terminale après l'avoir fait basculer légèrement de façon à mettre sa tranche dans un plan sagittal par rapport au tube. La prise est bonne : la pièce heurte l'extrémité du tube lorsque nous essayons de ramener la pince. D'un seul coup, nous retirons le tube et la pince avec la pièce de monnaie. L'opération, faite en présence du Dr Picqué et de ses assistants n'a duré que quelques minutes. Quant au malade, il s'est levé immédiatement, nous réclamant avec insistance sa pièce de 50 centimes dont il paraît très fier.

Il regagne à pied son lit, et malgré nos recommandations nous le trouvons en train d'avaler un ragoût aux pommes de terre un quart d'heure après l'intervention, et deux jours après le Dr Picqué le présentait à la Société de chirurgie (¹).

(¹) Bulletin de la Société de chirurgie (février 1906).

*Anche de trompette dans la ramifications bronchique ; extraction par la bronchoscopie supérieure.*

OBS. III. — Cette observation est intéressante par la nature du corps étranger et la rapidité avec laquelle nous avons pu intervenir cinq ou six heures après l'accident.

Un enfant de 5 ans et demi jouant avec une sorte de petite trompette et voulant la faire fonctionner, en aspire l'embouchure. Aussitôt violents efforts, comme si l'objet avait beaucoup de difficultés à descendre ou à remonter ; accès de suffocation et toux quinteuse avec cyanose. Le père, témoin de l'accident, veut, avec ses doigts, retirer le petit objet de la gorge de l'enfant, mais il ne peut l'atteindre, il est déjà loin. Les parents anxieux se demandent où est passé le petit corps qui a disparu, lorsqu'un quart d'heure environ après l'accident, ils entendent très nettement, et à plusieurs reprises, une sorte de petit bruit musical déterminé par la petite anche qui vibre à l'intérieur de la poitrine : ils en concluent très facilement qu'il a dû pénétrer dans une bronche. Le père voit le Dr Lequem, puis les Drs Cauzard et Grossard qui tous confirment le diagnostic.

Le Dr Laquerrière fait une radiographie. Elle permet de constater (v. fig. 6) une petite tache de forme oblongue, à grosse extrémité inférieure, à grand axe oblique en bas et en dehors, siégeant à la partie interne du sixième espace interscostal droit en arrière. Il s'agit, à n'en pas douter, du corps étranger qui a bien pris la direction de la grosse bronche : sa fixité, sa position, tout semble le prouver ; le corps étranger est tout à fait immobile, sauf un léger déplacement de haut en bas avec les mouvements respiratoires.

L'opération est pratiquée à quatre heures, c'est-à-dire sept heures après l'accident, à la maison de santé du Dr Prat-Dumas. Dès que la chloroformisation est complète, nous choisissons deux tubes de 7 millimètres et 5 millimètres de diamètre. L'enfant est couché dans la position de Rose, un oreiller sous les épaules. Nous essayons d'abord de faire pénétrer le tube de 7 millimètres, mais il est trop large pour traverser la glotte, et nous recourons à celui de 5 millimètres. Nous franchissons, l'ayant introduit par la commissure buccale gauche, assez facilement la glotte, et arrivons après avoir calmé un accès de toux par un peu de cocaïne, jusqu'à l'entrée de la bronche droite, nous pénétrons dans cette bronche. Nous voyons aussitôt dans la cavité de celle-ci le petit

corps brillant. Il occupe le fond de la cavité bronchique plus bas que ne l'indique la radiographie, et une partie disparaît dans la ramification bronchique inférieure (*fig. 7*). Lorsque le tube arrive à son contact, nous entendons, et tous les assistants purent entendre nettement, une sorte de bruit musical dû aux vibrations de l'anche,

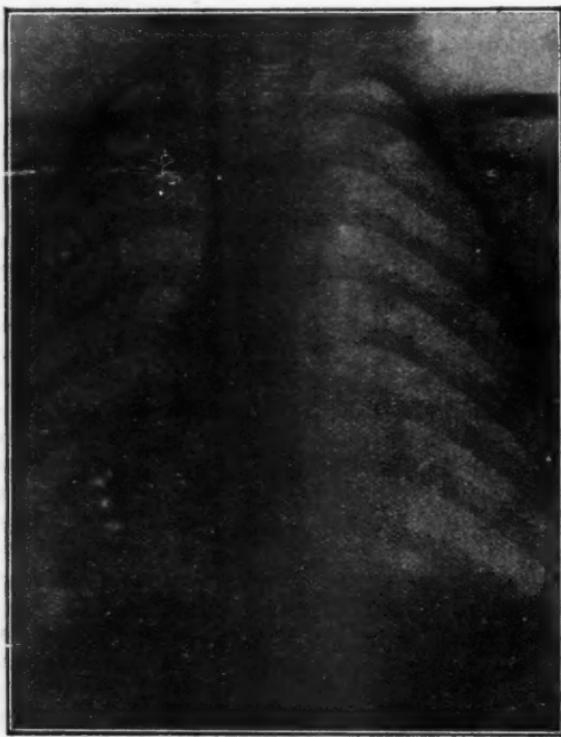


FIG. 6.

Radiographie de la petite anche de trompette  
(partie interne du 6<sup>e</sup> espace intercostal droit).

Rapidement, avec une longue pince à griffes à articulation terminale, nous saisissons le petit corps étranger, nous nous assurons que la prise est bonne (en essayant de ramener la pince, nous

sentons, en effet, très nettement, qu'elle heurte le bord inférieur du tube dont le calibre est inférieur à celui du corps étranger augmenté de l'épaisseur des mors de la pince). D'un seul coup nous retirons le tube et la pince tenant le corps du délit. Il s'agissait, en effet, d'une sorte de petite embouchure de trompette munie d'une anche vibrante et mesurant 3 à 4 millimètres de diamètre dans sa partie la plus large, sur 8 millimètres de long.

L'opération faite avec l'assistance des Drs Cauzard, Berruyer et Prat-Dumas, n'a pas duré plus de quelques minutes dès que l'anesthésie générale a été obtenue.

Le petit malade aussitôt recouché s'est plaint seulement dans les heures suivantes, d'un peu de douleurs dans la gorge. Une légère raucité de la voix, quelques râles ronflants de bronchite pendant les deux ou trois jours suivants, voilà tout ce qui a constitué les suites opératoires. Il est, actuellement tout à fait bien. L'auscultation ne révèle rien d'anormal dans la poitrine.

*Cas. IV. — Noyau de datté inclus dans la bronche gauche. Extraction par bronchoscopie supérieure. Trachéotomie le lendemain.*

Notre collègue et ami le Dr Guibal (de Béziers), nous a adressé, il y a quelques jours (le 23 novembre), une fillette de 5 ans  $\frac{1}{2}$  qui avait aspiré, quatre jours auparavant, un noyau de datté.

Après un violent accès de suffocation succédant à l'accident, la malade continua à être très gênée, la respiration restait bruyante, stertoreuse et la dyspnée assez marquée. De temps à autre accès de toux à timbre croupal. Plusieurs médecins successivement con-

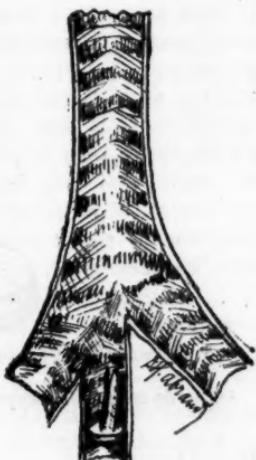


FIG. 7.

Corps étranger dans la ramifications bronchique.

sultés lui administrèrent vomitifs sur vomitifs, mais le noyau en fut pas rendu. Le Dr Orsant l'examine au laryngoscope et croit voir quelque chose entre les cordes vocales. Le Dr Bousquet, de Béziers, deux jours après, affirme que le larynx est vide de tout corps étranger.

Lorsque le Dr Guibal voit la petite malade le soir même de l'accident, il la trouve avec la voix éteinte, avec quelques accès de toux rauque. L'auscultation révèle la silence de tout le *poumon gauche*. Les battements du cœur sont précipités.

La *radiographie* et la *radioscopie* sont successivement faites par le Dr Denoyés, de Béziers. La radiographie ne donne absolument rien, mais il n'en peut être autrement, attendu que le noyau de datté en question n'arrête point les rayons X à travers les parties molles de la main, par exemple.

Bien plus intéressants sont les résultats fournis par la radioscopie.

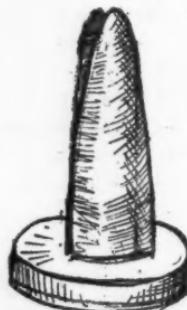


FIG. 8.

Anche de trompette, corps étranger bronchique (grossie 2 fois).

On note sur l'écran une opacité beaucoup plus grande du poumon gauche, comparée au poumon droit qui est normalement clair. Les côtes gauches sont beaucoup plus obliques que les côtes droites. Hemithorax gauche est retréci. La moitié droite du diaphragme se contracte normalement, la moitié gauche, au contraire, est bien au-dessus de la droite, contrairement à la normale et les contractions inspiratoires y manquent et sont remplacées par des ondulations vibratoires très rapides. Le Dr Guibal conclut à la non perméabilité du poumon gauche, et il nous l'envoie à Paris.

Nous voyons l'enfant à neuf heures et demie du matin, le vendredi 23 novembre, c'est-à-dire quatre jours après l'accident.

L'enfant paraît agité, son facies est angoissé, la voix est rauque, la respiration précipitée et de temps à autre survient un accès de toux rauque avec expectoration muco-purulente. L'auscultation nous révèle de l'obscurité complète du murmure vésiculaire dans toute la partie gauche du thorax. Rales de bronchite à la naissance des grosses bronches et quelques râles muqueux. Submatité vers la partie moyenne du poumon gauche. Température 39°.

L'opération est faite à onze heures et demie. Dès que la chloroformisation est obtenue, nous introduisons un tube de 6 millimètres qui franchit aisément la glotte. Cocaïnant légèrement la trachée, nous arrivons à la bifurcation. Inclinant le tube vers la gauche, nous apercevons, après avoir épongé à l'aide de nos longs porte-cotons tout un amas muco-purulent qui le masque, le pôle supérieur du noyau dans la bronche qu'il semble avoir dilatée. Avec notre pince à griffe nous essayons de le saisir, chose très difficile étant donné sa viscosité. Nous nous assurons que la prise est bonne : en voulant le ramener dans le tube il butte sur l'extrémité inférieure de celui-ci. Retirant vers le larynx le corps étranger et le tube, nous voulons extraire les deux objets, mais le noyau s'arrête à la glotte et retombe dans la trachée. Une deuxième introduction du tube montre le noyau à l'entrée de la bronche droite : nous l'avons fait passer d'une bronche dans l'autre. Cette fois nous parvenons à le saisir solidement et nous ramenons tube et pince avec le corps du délit.

Nous avons été frappé, une fois enlevé, de la grosseur de ce noyau qui s'était gonflé dans la bronche, et nous sommes surpris qu'il ait pu repasser par la glotte.

Les suites n'allèrent point cependant à souhait : le premier jour, 40°, le lendemain matin, 38°.5. Quelques rales de bronchite dans la poitrine, légère dyspnée et raucité de la voix. A trois heures, 39°.9 et violent accès de dyspnée avec apnée. Une trachéotomie est jugée indispensable. Nous la pratiquons à 4 heures. Elle amène l'issue d'une quantité considérable de muco pus encombrant les bronches et le retour à la vie de la petite malade. La température, le lendemain, est 38°.

Elle revient à la normale 37°, ensuite dans la poitrine quelques râles de bronchite. La malade est décanulée le 3<sup>e</sup> jour. La voix est normale. Nous pouvons, le 5<sup>e</sup> jour après son opération, la

présenter à la Société de chirurgie (Séance du 28 novembre 1906). Guérison complète le 8<sup>e</sup> jour.

L'accès de dyspnée qui a nécessité la trachéotomie, était vraisemblablement dû à du spasme de la glotte. En tous cas, on ne peut incriminer aucune lésion du larynx, la laryngoscopie n'en accuse aucune et la voix n'est pas altérée.

L'observation III nous montre combien cette intervention est bénigne lorsqu'elle est faite aussi hâtivement ; chez lui, en effet, nous avons pu intervenir quelques heures après l'accident. On voit à quels résultats heureux on peut arriver même chez les tout jeunes enfants où l'on est obligé de se servir de tubes de très petit calibre, à l'extrémité desquels l'éclairage est assez difficile.

Dans tous les cas, nous avons pu faire la bronchoscopie supérieure, c'est-à-dire passer directement par la glotte.

Cela porte à sept le nombre de corps étrangers que nous avons extraits par cette méthode.

Dans le premier seul nous avons dû faire la trachéotomie temporaire, dans tous les autres, les tubes ont pu être passés directement par la glotte.

Nous estimons du reste, nous rangeant à l'avis du grand maître en bronchoscopie le Prof. Killian, de Fribourg en Brisgau, que les cas où la trachéotomie doit être faite, seront infiniment rares ; lorsque la bronchoscopie supérieure aura échoué et lorsqu'il faudra agir rapidement en présence de complications pulmonaires et bronchiques. Dans certains cas spéciaux, lorsque le corps étranger se présente par son volume et ses aspérités dans des conditions telles, qu'il pourrait léser le larynx au moment de son extraction, ou lorsque la bronchoscopie supérieure a échoué.

Dans l'observation IV, si nous nous étions douté du volume du noyau, nous aurions d'emblée fait la trachéotomie ; mais nous avons été trompé sur son volume. La vision monoculaire à l'intérieur des tubes, nous permet d'apprécier difficilement les dimensions des corps étrangers.

Si la trachéotomie facilite, en effet, beaucoup l'examen des bronches, permettant d'introduire directement les tubes dans

la trachée et de les employer plus courts, plus faciles à éclairer, il s'agit là un peu d'une arme à deux tranchants ; chez les sujets en menace d'infection comme le sont toujours les malades qui présentent des corps étrangers bronchiques, il n'est pas indifférent de créer des plaies trachéales. Il vaut mieux en tous les cas, se dispenser de plaie trachéale, c'est là une règle de bonne chirurgie.

Les voies aériennes comme toutes les cavités naturelles peuvent en effet donner lieu à de fausses sensations et être le siège de *corps étrangers imaginaires*. Tel malade croit avoir aspiré une épingle, une arête, un noyau et ramène tous les phénomènes thoraciques qu'il éprouve à la présence de ce corps étranger.

La radioscopie et radiographie, nous ont aidé beaucoup pour le diagnostic du corps étranger, sur son existence et sur son siège, nous évitant des bronchoscopies inutiles.

Dans plusieurs cas, cependant, nous avons trouvé la radiographie en défaut : dans l'un, adressé par notre ami le Dr Ferron, de Laval, nous avons recherché un noyau de prune dans la bronche droite. Le diagnostic était établi sur des commémoratifs : le malade affirmait avoir aspiré ce noyau et il localisait une douleur très vive à la partie latérale droite du sternum. Cela joint à de la dyspnée, de la toux, une expectoration muco-purulente, un souffle bronchique plus marqué à droite, permettait de lui donner raison. Une radioscopie fut faite en province et permit de voir une tache sombre vers le cinquième espace intercostal droit en arrière et confirmait pour ainsi dire le diagnostic.

La bronchoscopie nous permit bien de constater une dilatation bronchique de la grosse bronche droite avec fausses membranes, ténacités fétides, gangrénées, mais lorsque la bronche fut nettoyée et vidée de tout son contenu, nous pûmes voir les orifices de toutes les ramifications et affirmer qu'il n'y avait là aucun corps étranger.

D'après les données de la radioscopie, il est presque toujours impossible de dire si le corps étranger est dans l'œsophage ou dans la trachée : Les signes concomitants peuvent aider à peine au diagnostic.

Les corps étrangers de la partie supérieure de l'œsophage peuvent, en effet, donner lieu surtout chez les enfants, à des phénomènes dyspnéiques tels, que l'on peut très bien errer sur sa localisation exacte.

Nous avons enlevé, il y a un an et demi à l'Hôtel Dieu une pièce de 1 franc de l'œsophage d'un enfant qui présentait véritablement des phénomènes dyspnéiques et des crises de suffocation telles, que n'était le volume du corps en question, on était autorisé à faire presque une trachéotomie. La radiographie ne permettait pas, en effet, de faire sa localisation. L'œsophagoscopie a permis de poser le diagnostic et d'extraire dans une même séance le corps étranger.

Notre collègue le Dr Mouchet, suppléant aux Enfants malades le Dr Broca, nous pria de voir un enfant dont l'histoire montre bien combien il est difficile de localiser dans certains cas le diagnostic de corps étranger trachéal ou œsophagien.

Un petit malade, soigné par Dr Farabeuf d'Etampes est envoyé aux « Enfants Malades » ; une radiographie qui l'accompagne montre nettement une épingle de nourrice à la partie moyenne du cou obliquement dirigée. L'enfant a eu au moment de l'accident des phénomènes respiratoires ; suffocation, toux, dyspnée. En outre, le corps étranger est fixe et une nouvelle radiographie faite par M. Coutremoulin, la note au même endroit. Le Dr Rolland, laryngologue, ne remarque rien d'anormal à l'examen direct laryngé. A un certain moment les troubles respiratoires augmentent brusquement et même le 18 août, il fait des phénomènes intenses de dyspnée avec toux, apnée presque complète, cyanose de la face.

Une trachéotomie d'urgence dut être faite et la respiration se rétablit normalement. Cherchant prudemment par la plaie trachéale à l'aide d'une pince, on ne sent ni ne ramène aucun corps étranger. Une nouvelle radiographie est faite le surlendemain ; quel ne fut pas l'étonnement, de constater que l'épingle était au niveau de la dixième vertèbre dorsale ; il s'agissait d'un corps étranger œsophagien, qui, arrêté on ne sait trop pourquoi, étant donné sa forme lisse et sa petite taille, dans la partie supérieure de l'œsophage, avait donné lieu à des phénomènes respiratoires tout à fait trompeurs.

Voilà donc un cas où une simple trachéoscopie ou œsophagoscopie, aurait évité au malade une intervention chirurgicale.

Nous ne pûmes arriver pour la faire à temps, étant absent de Paris à ce moment-là.

## II. — OESOPHAGOSCOPIE

Pour ce qui est de l'œsophagoscopie, nombreux sont les cas où nous avons pu poser le diagnostic de spasme, de cancer de l'œsophage. Si dans la majorité des cas nous avons constaté que rétrécissement spontané survenant chez l'homme âgé était synonyme de cancer de cet organe, nous avons pu constater que, quelquefois, il s'agissait de *spasme* simple chez des malades auxquels on avait formulé le plus sombre pronostic. Des deux cas que nous avons pu suivre il a suffi d'un traitement local et général antispasmodique pour voir tous les phénomènes disparaître.

Nous avons eu l'occasion également de soigner depuis deux ans trois malades atteints de *rétrécissement cicatriciel* et *congénital* de l'œsophage. Dans les quatre cas la gastrostomie avait dû être faite et le rétrécissement était dit infranchissable. Nous allons voir que dans trois d'entre eux la guérison a été complète grâce à l'œsophagoscopie, et si dans un cas la mort est survenue comme accident assez éloigné c'est à la suite encore de manœuvres faites à l'aveugle pour replacer une sonde à demeure que nous croyions indispensable.

Chez les trois malades gastrostomisés à la suite de rétrécissements cicatriciels nous avons pu nous rendre compte que la paroi était très épaisse en un de ses points donnant à l'orifice rétréci une situation tout à fait excentrique. L'orifice était alors particulièrement difficile à trouver à l'œsophagoscopie et ce n'est qu'après l'examen méthodique et en déplissant véritablement toute la muqueuse œsophagienne, en déplaçant l'extrémité inférieure du tube que nous pûmes la trouver.

Dans ces 3 cas de rétrécissements prétendus infranchis-

sables, ayant bien en vue dans l'œsophagoscope l'extrémité supérieure du rétrécissement, nous pûmes le franchir avec une fine bougie rigide. Nous nous rendimes compte, d'ailleurs, que ces rétrécissements étaient très serrés et très durs et comprenaient une certaine étendue de la longueur de l'œsophage. Ils étaient franchissables à ces fines bougies, mais non dilatables.

Nous nous sommes demandé, étant donné que chez eux une des parois de l'œsophage était particulièrement épaisse, si nous ne pourrions point, sur cette paroi, faire, sans aucun danger, une section ou plusieurs sections destinées à permettre à des bougies dilatatrices de divulser les parois rétrécies et à rendre à l'œsophage son calibre normal.

Il s'agissait de faire une *œsophagotomie interne* sous le contrôle de la vue, l'œsophagoscopie ayant indiqué exactement où devait se faire la section avec le plus de sécurité et de profit pour le malade.

On peut constater aussi très souvent qu'une bride, une valvule cicatricielle contribue à obtenir l'œsophage, et sa section est tout à fait aisée.

A cet effet, nous avons fait construire, par Collin, un *œsophagotome* modifié de l'appareil de Maisonneuve et de Le Dentu (voir *fig.*). Des lames latérales triangulaires à angle saillant mousse et à tranchant limité au 1/3 antérieur courent sur un conducteur. On a à sa disposition une série de lames graduées, au moyen desquelles on pratiquera le nombre de scarifications nécessaires pour parfaire la dilatation.

L'œsophagotome très mince présente une tige conductrice à l'extrémité de laquelle se visse une bougie fine en baleine rigide.

Ant introduit l'œsophagoscope et vidé la poche de son contenu à l'aide de la pompe aspirante, nous cherchons l'orifice du rétrécissement, nous nous assurons qu'il est franchisable à la baleine et à son conducteur.

Il est, à notre avis, nécessaire, tout comme dans l'uréthrotomie, de répéter cette manœuvre une ou deux fois pour être sûr que la bougie terminale filiforme ne se replie pas sur elle-même. Avec la plus fine la mede l'œsophagotome, nous sec-

tionnons ou plutôt éraillons la partie la plus épaisse du rétrécissement. Nous introduisons ensuite une bougie de calibre correspondant à la lame employée. Une autre section est faite à quelques millimètres de la précédente, une bougie un peu plus forte est introduite et on arrive ainsi à calibrer l'œsophage suffisamment pour que l'alimentation puisse se faire presque normalement.

La dilatation faite sous le contrôle de la vue, à l'aide de bougies introduites par l'œsophagoscope, permet dans les mois suivants de maintenir la dilatation obtenue et de gagner même un peu.

Chez notre première opérée, nous avons laissé une sonde à demeure dans l'œsophage.

Il s'agissait d'une malade qui avait été gastrotomisée six mois auparavant par notre ami le Dr Marcille, dans le service du Dr Tillaux, à la Charité. Elle présentait un rétrécissement infranchissable avec fines bougies dans le 1/3 inférieur de son œsophage. Elle avait été soumise à de nombreux essais de dilatation. La gastrotomie dut être faite un an auparavant. L'œsophagoscope nous permit de constater à la partie inférieure d'une large poche, et après l'avoir au préalable vidée de tout son contenu avec la pompe aspirante, un petit orifice excentrique rejeté vers la paroi postérieure, adossé à une sorte d'épaisseur de bride de la paroi antérieure.

Trois jours après, et sous chloroforme, nous faisons deux sections dans la partie la plus épaisse de la paroi œsophagienne. Une sonde à demeure est introduite, et que nous fixons au côté gauche de la bouche et à l'oreille. Par la sonde, nous injectons aussitôt 1/4 de litre de lait, nous assurant qu'elle fonctionne bien. Celle-ci mal tolérée par la malade, est arrachée dans la soirée. La température est normale, il y a peu ou pas de douleur. Nous essayons de la replacer le lendemain ; la malade l'enlève une heure après. Deux jours après, une bougie passe facilement, nous introduisons à la suite la sonde à demeure ; nous voulons injecter du lait, mais la malade ressent à ce moment une vive douleur interne thoracique, avec angoisse et dyspnée. Cet état persiste et la température est de 39°. L'auscultation révèle l'existence d'un

pneumothorax. Les phénomènes s'accentuent et la mort survient le lendemain, c'est-à-dire cinq jours après l'intervention, à la suite, semble-t-il, des malencontreuses tentatives faites à l'aveugle pour passer la sonde à demeure et des injections pratiquées par les lumières de celle-ci.

L'autopsie faite par M. Lardy, interne du service, semble confirmer cette hypothèse : elle fait constater une déchirure de l'œsophage sur 1/2 centimètre, au niveau de la paroi amincie à l'opposé de la paroi épaisse où les sections faites par l'instrument tranchant étaient très nettes.

Instruit par l'expérience, nous nous sommes contenté chez nos deux autres opérés de dilater, à partir du sixième jour, laissant l'œsophage absolument au repos jusque-là, après l'opération.

Chez un de ces malades opéré il y a un an et demi, la bouche de gastrostomie faite trois ans auparavant s'est pour ainsi dire fermée spontanément ; l'alimentation étant redevenue régulière par l'œsophage, il était inutile de la laisser ouverte. Il a suffi de la cauteriser légèrement au nitrate d'argent.

Chez le second, les résultats ont été tout aussi bons. Gastrostomisé deux ans auparavant, par le Dr K. Eaure, dans le service du prof. Duplay, sa bouche stomachale avait dû être rouverte par le Dr Baudet, chef de clinique, un an après : le malade par insouciance et l'alimentation étant redevenue possible par la bouche, ayant laissé sa plaie bourgeonner et se combler petit à petit. Il vint de lui-même nous réclamer l'intervention. La section fut ici très facile, ayant reconnu comme obstacle principal une sorte de bride très en saillie à la partie moyenne de l'œsophage. La guérison s'est faite, chez lui, très normalement, et depuis son opération qui date de quatorze mois, il mange absolument de tout. Sa bouche stomachale a pu être fermée par le Dr Baudet. Il vient se faire dilater de temps à autre, tout comme un rétréci uréthral. Sa dernière visite date de quatre mois ; il avait repris son travail et son embonpoint.

Tout dernièrement, nous avons opéré sur l'œsophagoscopie, un cas très remarquable de *congénital rétrécissement de l'œ-*

sophage, chez un jeune homme de 18 ans, que nous avons présenté guéri au Congrès de chirurgie d'octobre 1906. Depuis sa naissance, ce malheureux n'avait jamais pu absorber que du lait et de l'eau. Tout autre liquide ou solide était rejeté invariablement. Le bouillon, le potage, les œufs ne passaient pas. Nombreux furent les médecins et chirurgiens consultés, les uns concluaient à du spasme, les autres à un rétrécissement organique. Il fut successivement traité par des médications anti-nerveuses, la suggestion, les essais de dilatation, d'électrolyse linéaire. Il séjournra plusieurs mois dans le service du professeur Terrier, à la Pitié, où une opération très grave, par voie externe, fut proposée aux parents et refusée par eux. De temps à autre survenaient des crises de dysphagie, et rien ne passait plus. C'est ainsi qu'il y a quatre ans survint un de ces accès particulièrement inquiétant. Le malade n'ayant rien pu absorber depuis six jours dut être gastroskopisé d'urgence à la clinique du Dr Doyen. La bouche stomacale put être du reste fermée très rapidement, l'alimentation par le lait étant redevenue possible par les voies naturelles, le lendemain de l'opération : sous l'influence du chloroforme le spasme avait cédé.

Nous faisons l'œsophagoscopie de ce malade le 24 juillet dernier, à la maison de santé, rue d'Armaillé, assisté des Drs Abrandt et Prat-Dumas, et nous devons recourir au chloroforme étant donné l'impressionabilité du sujet.

Le tube œsophagoscope est introduit très facilement, et voici ce que nous constatons : vers le 1/3 inférieur de l'œsophage, il existe une large dilatation, sorte de véritable poche renflée à sa partie moyenne, en forme d'outre contenant du mucus et du lait caillé. L'aspiration de ce liquide à l'aide de la pompe à mucus, permet de l'évaluer à environ 1/2 litre. Nous voyons alors à la partie inférieure et formant pour ainsi dire le fond de ce renflement, une sorte de valvule semi-lunaire obstruant presque complètement la lumière de l'œsophage et ne laissant qu'un tout petit pertuis rejeté vers la partie latérale droite de ce conduit. Ce petit orifice, seule voie de communication vers l'estomac, admet à peine la plus fine bougie dont nous disposons, et l'on s'explique très bien qu'il

puisse se boucher sous l'influence de la moindre irritation et du spasme des parois œsophagiennes.

En déplaçant un peu le tube vers la gauche nous constatons une sorte de cul-de-sac, creusé aux dépens de la paroi gauche de l'œsophage et dans lequel les bougies devaient invariablement se loger lors des tentatives de cathétérisme.

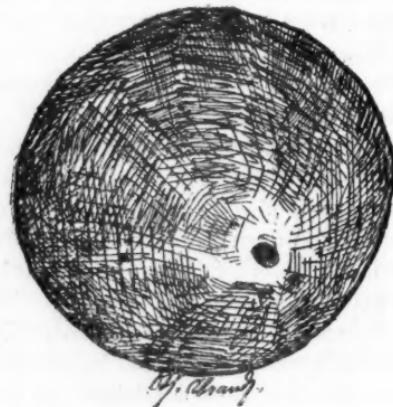


FIG. 9.

Valvule congénitale œsophagiennes avec petit orifice  
vue de l'œsophagoscope

Nous l'opérons le 19 septembre dernier. Avec une solution d'adrénaline à  $1/1000$ , nous ischionons cette membrane. Puis nous munissant de l'œsophagotome décrit plus haut, nous sectionnons ou plutôt éraillons légèrement le bord de cette valvule en deux points, sur sa portion la plus large. Retirant l'instrument, nous introduisons une bougie de 4 millimètres et une autre de 6 millimètres. L'œsophagoscope nous permet de voir, flottant dans l'intérieur de l'œsophage, les deux lambeaux de la membrane ainsi sectionnée.

Les suites opératoires ont été excellentes, pas de fièvre, une légère douleur au creux épigastrique, au moment de la déglutition. Nous le laissons au lait pendant les trois premiers jours, mais il sent bien qu'il n'y a plus gène à la déglutition.

Graduellement, il s'est mis à manger des choses plus consistantes, et, actuellement, c'est-à-dire trois mois après l'opération, il mange de tout. Il a gagné trois livres depuis son opération. Sans doute, et pendant quelque temps, de même que tous les rétrécis, ce malade devra être soumis à une dilatation régulière ; hier nous avons passé une bougie de 9 millimètres de diamètre. Mais, pour le malade, cette petite intervention complémentaire n'est rien comparée aux angoisses dans lesquelles il a vécu jusque maintenant (¹).



FIG. 10

Oesophagoscopie du rétrécissement deux mois après l'opération.

Nous avons eu affaire évidemment dans ce cas à une disposition particulièrement favorable pour une intervention intraœsophagienne. Mais la plupart des rétrécissements offrent, eux aussi, des brides des valvules qui, bien en vue sous l'œsophagoscope, peuvent être sectionnées sans danger.

Nous croyons que l'on est autorisé à intervenir seulement lorsqu'avec l'œsophagoscope on constate une bride, une valvule saillante dans l'œsophage : on ne risque nullement de perforer

(¹) Une œsophagoscopie faite récemment, montre seul au niveau du point d'implantation de la valvule un léger rétrécissement.

ce conduit. Point n'est besoin d'ailleurs d'entamer beaucoup la partie rétrécie pour dilater l'œsophage, il suffit de l'érailler, pour ainsi dire, les bougies dilatatrices font le reste.

Après l'opération, il ne faut point non plus laisser de sonde à demeure dans l'œsophage sectionné. On commencera une dilatation prudente le cinquième ou sixième jour après l'intervention.

La sonde est, en effet, difficile à maintenir en place dans l'œsophage ; elle est très gênante pour le malade. L'échec que nous avons subi lors de notre première opération de rétrécissement, tient certainement à des manœuvres faites pour replacer cette sonde à demeure.

Il y a certains points de technique sur lesquels nous voudrions insister en terminant. Si nous faisons toujours la bronchoscopie dans la position couchée, la position assise nous paraît commode dans l'œsophagoscopie, le corps maintenu bien vertical, la tête en arrière. La cocaïne est toujours suffisante chez les adultes, et ce n'est que sous conditions spéciales, chez certains sujets, que nous employons le chloroforme. Chez les enfants, il s'impose toujours.

Pour l'œsophagoscopie, le tube est introduit avec mandrins souples en gomme, il franchit ainsi très facilement l'orifice supérieur de l'œsophage. Mais une fois pénétré on enlève tout mandrin, on le descend ensuite sous le contrôle de la vue en explorant successivement tous les points de l'œsophage. Si du spasme survient, un peu de cocaïne le fait toujours céder.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

XV<sup>e</sup> RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE  
D'OTOLOGIE<sup>(1)</sup>

La réunion a eu lieu le 1<sup>er</sup> et le 2 juin 1906, à Vienne sous la présidence du Prof. HARTMANN de Berlin. La prochaine réunion aura lieu à Brême en 1907.

HINSBERG (rapporteur). — **Suppurations du labyrinthe.** — Après quelques remarques de statistique, l'auteur insiste sur les deux voies d'entrée du pus dans le labyrinthe : par la caisse et par un abcès extra-dural à travers la paroi postérieure du rocher. Dans la caisse quatre points : le canal horizontal, la fenêtre ovale, la fenêtre ronde et le promontoire, classés d'après la fréquence. L'inflammation gagne du labyrinthe les méninges, généralement par les trois voies préformées : 1<sup>o</sup> Déhiscence congénitale du canal postérieur ou supérieur ; 2<sup>o</sup> par le nerf acoustique ; 3<sup>o</sup> par l'aqueduc. Le diagnostic est fait d'après les symptômes connus (épreuves de l'ouïe, examen du sens statique). La mortalité de la labyrinthite suppurée est de 15 à 20 %. Le traitement exige de découvrir le plus largement possible le labyrinthe par l'oreille moyenne, pour drainer le pus et pour empêcher de nouvelles infections du labyrinthe. Ces principes ont donné à l'auteur, sur 70 cas opérés, 67 guérisons et 3 cas de mort.

HERZOG. — **Labyrinthite tuberculeuse guérie.** — Un tuberculeux de 43 ans était atteint d'otite moyenne double tuberculeuse. Surdité complète à gauche, à droite quelques notes d'audition. Opération radicale à droite, et quatre mois plus tard, surdité complète à gauche. Mais après quelque temps l'oreille droite commence à entendre de nouveau avec limite supérieure normale. Pas de troubles vestibulaires. A l'autopsie on reconnaît que la suppuration de l'oreille moyenne avait fait irruption dans le labyrinthe par le promontoire. L'examen histologique n'a pas été fait. La guérison n'a donc été constatée que par les épreuves de l'ouïe.

(1) Compte rendu par Lautmann d'après *Berliner Klinische Wochenschr.*, n<sup>o</sup> 27-28, 1906

PANSE. — **Sur le diagnostic des lésions du labyrinthe d'après le schéma établi par lui.**

DENKER. — **Nouvelle méthode opératoire pour les tumeurs malignes du nez.** — Opération de Rouge, excision du cornet inférieur, résection de la paroi faciale du sinus maxillaire, évidement du sinus, abrasion de ce qui persiste de la paroi latérale de la fosse nasale, ouverture de l'éthmoïde et du sinus sphénoïdal. Cette méthode permet d'éviter la pneumonie de déglutition et réduit l'hémorragie à un minimum (description détaillée *Munchn. Médiz. Wochensch.*, n° 20, 1906).

ZIMMERMANN. — **Recherches sur la conduction du son dans l'oreille moyenne et l'oreille interne.**

FRANKEL-HOCHWART. — **Sur le vertige de Ménière.** — Il faut distinguer entre les malades atteints de vertige de Ménière, ceux qui ont l'oreille saine et les otopathes. Comme attaques faussement attribuées au vertige de Ménière, il faut mentionner l'aura de l'attaque épileptique et l'hystérie. Dans le vrai vertige de Ménière on trouve les symptômes suivants : vertige rotatoire, surdité, bourdonnements, ataxie, nystagmus, vomissements, troubles vaso-moteurs, anomalies du pouls, diarrhée. A part la surdité, tous les symptômes disparaissent entre les attaques.

L'apoplexie de Ménière se distingue facilement de la vraie apoplexie (pas de perte de conscience, pas de paralysie). A propos du vertige, Frankel (prof. de neuro-pathologie) entre dans une discussion détaillée du vertige de différentes sources.

KREIDL. — **Résumé de ses expériences sur les fonctions de l'appareil circulaire faites sur la souris japonaise et la souris blanche.**

BRUEHL. — **Démonstration de pièces anatomo-pathologiques.**

PASSOW. — **Erreurs de l'image otoscopique.** — L'image du tympan que nous obtenons en regardant par le spéculum ne correspond pas à la réalité. On peut s'en convaincre par des expériences faites sur le cadavre. De même notre distinction en cadans n'est pas absolument exacte, surtout s'il s'agit de tympans qui ont perdu leur position normale.

SCHROETTER. — Présentation de tubes pour l'œsophagoscopie et bronchoscopie.

BEHM. — La mensuration du son. — L'auteur a construit un appareil qui permet de mesurer l'intensité du son, un autre appareil permettant de mesurer l'intensité du son passant un mur et la fraction passant par les autres parties d'un bâtiment. Enfin on peut mesurer le nombre de vibrations pour chaque son.

GUTZMANN. — Sur la valeur de la sensation de la vibration pour la formation de son chez les sourds-muets.

BLAU. — Obturation expérimentale de la fenêtre ronde. — Différentes expériences faites sur des animaux. Six mois après l'obturation de la fenêtre ronde le nerf cochléaire et le ganglion spiral se trouvent dégénérés.

BLAU. — Le pavillon chez les aliénés et chez les criminels — Règle générale, le pavillon se montre chez ces examinés plus grand et plus large que normalement.

GOERKE. — a) Altérations du labyrinthe consécutives à la méningite épidémique. — Examen histologique de dix-neuf rochers. Le labyrinthe était toujours partiellement atteint. Voie d'infection : onze fois le nerf acoustique. — b) Démonstration des préparations microscopiques, d'un empyème du sac endo-lymphatique, d'une fistule isolée du canal horizontal et transformation complète en partie fibreuse, en partie osseuse du labyrinthe, consécutive à la tuberculose de l'oreille moyenne.

HOLSHER. — Sur le domaine de la chirurgie rhino-otologique. — L'oto-rhinologue moderne se voit attribuer lentement toute la chirurgie de la tête et du cou. Cette spécialisation dans la chirurgie est aujourd'hui une nécessité. Depuis quatre ans, l'auteur attaque également les opérations sur la tête, le cerveau et le cou (goitre) qui n'ont pas une origine strictement spéciale.

KIRCHNER. — Fantôme pour les exercices opératoires du rocher — Cet appareil permet aux spécialistes de s'exercer aux interventions sur le rocher, et permet les démonstrations pour l'enseignement clinique.

SCHÖNEMANN. — *a) Démonstration des préparations concernant les végétations adénoïdes. — b) Sur la conservation de l'appareil conducteur dans la radicale, exposition d'un nouveau procédé.*

HABERMANN. — **La surdité professionnelle.** — En examinant 100 cas de surdité professionnelle, Habermann a trouvé que l'ouïe diminue surtout pour les sons aigus, même dans les cas les plus avancés la voix chuchotée est perçue. Sur 5 cas examinés histologiquement, il a pu constater une atrophie de la lame spirale avec conservation du ganglion. Les résultats de cet examen sont troublés par les lésions autres que celles en cause (artério-sclérose surtout ataxie locomotrice).

BLOCK. — **Surdité et rétinite pigmentaire.** — Dans 7 cas sur 8 observés Block a pu constater un rétrécissement concentrique du champ auditif (analogique au rétrécissement du champ visuel) sans lésions de l'appareil conducteur. La consanguinité des parents a été nette dans 2 cas.

KÜMMEL. — **Bactériologie de l'otite moyenne aiguë avec remarques cliniques.** — La division des otites aiguës moyennes d'après leur exsudat (v. Troeltsch) est insoutenable aujourd'hui. Il est préférable de distinguer ; a) le catarrhe simple de la trompe et de la caisse avec sécrétion stérile ; b) l'otite mésotympanique où la lésion la plus importante concerne la caisse ; c) l'otite épitympanique où les cavités accessoires de la caisse sont principalement malades, avec localisation régulière dans le cadran postéro-supérieur, rarement dans la membrane de Schrapnell. Le pronostic dépend du type, le dernier est le plus dangereux. Quant aux microbes, le streptocoque est le plus dangereux. Le staphylocoque doré, quoique excessivement virulent a causé des otites avec bonne issue. Les opérations étaient nécessaires seulement quand l'otite était due au streptocoque. Une seule fois Kümmel a constaté une symbiose avec le pneumocoque.

HOFFMANN. — **La fièvre dans l'abcès otique.** — Dans 3 cas d'abcès otique et symptôme de méningite, l'auteur a pu constater une fièvre élevée. Les 3 cas ont guéri.

WANNER. — **Sur les relations de l'audition des sons et de la parole.** — L'auteur a fait des expériences avec la gamme continue des sons sur un malade adulte avec surdité complète d'un

côté et ouïe imparfairement conservée de l'autre. Ces expériences montrent (comme Bezold l'a déjà démontré) que les sons nécessaires pour l'audition de la parole se trouvent entre  $g^1$  et  $b^2$  et qu'une oreille peut être considérée sourde pour la parole si elle n'entend pas le diapason.

---

#### SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BERLIN<sup>(1)</sup>

ECKSTEIN. — **Sur les injections et les implantations de paraffine dans les plastiques nasales et faciales.** — On connaît aujourd'hui 43 cas de cécité survenue à la suite des injections de paraffine exécutées pour corriger des disformités nasales. Tous ces cas sont dus à une mauvaise technique et sont évitables par l'emploi de la paraffine dure. Cette paraffine a l'avantage de ne pas être résorbée. La nouvelle modification apportée à la technique consiste en l'*implantation* des prothèses préalablement confectionnées dans de la paraffine à 75° de point de fusion. Elle est employée là où l'injection ne peut pas se faire à cause d'un rétrécissement cicatriciel trop prononcé ne permettant pas à la peau de se distendre trop facilement. Eckstein implante avec une pince à implantation spéciale des lamelles minces de paraffine. Ce procédé donne de bons résultats quand il est employé parallèlement avec l'injection de paraffine. De cette façon on peut obtenir dans l'ensellure du nez des profils d'une rectitude classique.

Dans la discussion Silberstein s'élève contre la communication de Eckstein en rappelant le cas présenté par lui à la séance du 21 mars et dont nous donnons la traduction intégrale.

Un employé de chemin de fer de 23 ans, demande à Silberstein de le débarrasser par l'opération à la paraffine d'un nez en lorgnette, d'origine syphilitique. Silberstein fait une injection sous-cutanée de 4 centimètres et demi de paraffine dure (point de fusion 43°). Immédiatement après l'injection faite avec toutes les précautions d'usage, Silberstein examine l'acuité visuelle des deux yeux et reconnaît que l'œil gauche était complètement amaurotique ; cinq minutes après l'injection, Wertheim examine le fond de l'œil qui paraît normal. La pupille gauche est large, sans

(1) Extrait du compte rendu paru dans la *Berlin. Klinisch. Wochensch.*, n° 20, 1906, par Lautmann.

réaction, le pouls est intermittent, le malade accuse céphalée, oppression, nausées. Vingt-quatre heures après l'injection, le bulbe est sensible à la pression, le muscle interne de l'œil est paralysé. Fond de l'œil montre l'image de l'ischémie artérielle. On suppose que la paraffine a fusé le long de la paroi interne de l'orbite vers le trou optique et qu'elle exerce ici une compression de l'optique. En conséquence, Heilbron fait une incision sur le rebord orbital supérieur et avance par voie sous-périostale jusqu'au trou optique. L'opération reste sans résultat. Il s'agit probablement de thrombose de la veine frontale et de la veine ophthalmique : cas analogue à celui publié par Mintz dans *Centralblatt f. chir.*, n° 2. 1905, tandis que Leiser et Holden décrivent des embolies de l'artère centrale de la rétine après paraffinisation.

En raison de la gravité de ce cas, Silberstein condamne formellement les plastiques par paraffine sans indication absolue.

Jacques Joseph s'associe à Silberstein pour mettre en garde contre un optimisme trop grand. Les chirurgiens ont souvent occasion d'enlever la paraffine injectée préalablement par des rhinologistes.

Si on voit après plusieurs années des nez restaurés par la paraffine, on peut constater des bosselures disgracieuses dues à la paraffine, de véritables néoplasies, des paraffinômes. Dans les cas plus simples existent des télangiectasies peu esthétiques.

David est également d'accord avec d'autres observateurs pour constater que toute paraffine, même la paraffine dure est résorbée avec le temps.

Eckstein essaye de réfuter toutes les objections. Quant au danger d'amaurose, il est réduit presque à un minimum si on emploie la paraffine fusible seulement à 50°. En plusieurs centaines de cas, il n'a jamais eu un seul accident à déplorer. Broeckaert dira la même chose dans son prochain travail. En tous cas on pourra toujours prévenir le malade de la possibilité, invraisemblable dit Eckstein, du danger et lui laisser la décision.

Si on affirme que la paraffine dure sera résorbée avec le temps et que ce temps sera d'une centaine d'années, cet inconvénient peut être déclaré indifférent au malade.

Le premier opéré de Eckstein, prévenu de l'instabilité possible du résultat a fait, un an après la correction de sa difformité, voyant son dos du nez corrigé, la remarque suivante : « s'il ne s'agit pas d'autre chose et si le résultat est le même, on pourrait se faire ce plaisir tous les ans ».

Eckstein n'a jamais vu les paraffinomes signalés par Joseph, ayant obtenu une dimension disgracieuse. Une simple excision a suffi pour s'en débarrasser.

En terminant il appelle de nouveau l'attention sur son procédé d'implantation de paraffine qui constitue un progrès réel dans la technique.

**SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE RHINOLOGIE  
ET OTOLOGIE (Boston 1905) (1)**

THOMAS HUBBARD (Toledo). — **Obstruction tubaire cause de la fistule mastoïdienne post-opératoire, et de la chronicité des suppurations de l'oreille moyenne.** — La trompe d'Eustache jouerait le rôle de tube à drainage par où se déverseraient en cas de suppuration, les sécrétions de l'oreille moyenne. Son obstruction insurmontable par le bougirage et les applications de nitrate d'argent, a pour résultat de faire passer l'otite à l'état chronique, la guérison s'obtenant très rapidement au contraire dès qu'on parvient à rendre sa perméabilité à la trompe. De même certaines fistules mastoïdiennes post-opératoires cèdent très rapidement après le retour de la perméabilité tubaire, dans le cas où toute lésion osseuse a été minutieusement détruite. Enfin, l'absence de perméabilité tubaire, au cours d'une otite moyenne suppurée chronique serait une indication suffisante de pratiquer l'évidement pétreo-mastoïdien.

*Discussion.*

EDWARD B. DERICH (de New-York). — Sans nier la possibilité d'un rôle de l'obstruction tubaire dans la persistance de fistules mastoïdiennes, pense que le fait doit être extrêmement rare. Il n'a personnellement jamais vu de cas semblable. Presque invariablement la fistule est liée à une parcellle osseuse nécrosée oubliée au moment de l'opération ; et dans ces conditions il est sans utilité de compter sur le drainage par la trompe.

S.-E. SALLY M. D., (Colorado). — **Carcinome du larynx.** — Il s'agit d'une femme de 43 ans présentant un carcinome intrinsèque

(1) Compte rendu par H. CABOCHE, d'après *The Laryngoscope*.

du larynx comprenant le tiers antérieur des deux cordes vocales inférieures, repoussant en haut les deux fausses cordes et semblant avoir pris naissance dans la commissure antérieure du larynx. Le Dr Keen de Philadelphie, pratiqua la laryngectomie totale en un seul temps, suivant la technique qu'il a décrite dans les *Annales of surgery* en 1898.

Le lendemain la température était de 38°5 ; le quatrième jour elle tombait à la normale et oscilla, à partir de ce moment entre 37 et 38°. Lavements alimentaires pendant six jours. On la fit asseoir sur son lit, dès le deuxième jour ; et on lui donna des aliments solides le cinquième jour après l'intervention. Opérée le 11 septembre 1904, la plaie était complètement cicatrisée le 25 octobre. — On avait enlevé, au cours de l'intervention : tout le larynx sauf l'épiglotte, qui était saine, des portions du lobe thyroïdien droit et de l'isthme du corps thyroïde ; une glande parathyroïde, un ganglion lymphatique normal et des portions des deux muscles sterno-thyroïdiens. — L'examen microscopique des parties enlevées, montra qu'il s'agissait de carcinome du larynx avec envahissement de la partie droite de l'isthme thyroïdien, le lobe et les muscles étant sains.

Tout sembla d'abord aller à souhait et trois mois après l'intervention, la malade pouvait distinctement chuchoter quelques mots.

Vers le milieu d'octobre, apparition d'une tuméfaction au niveau du lobe thyroïdien droit. La malade se refusant à une nouvelle intervention, on fait une application des rayons X, trois fois par semaine. La tuméfaction augmente et la dyspnée commença à apparaître. Le 6 novembre, on lui fait une dernière application des rayons X, non sans quelque récrimination de sa part, car elle attribuait à ce mode thérapeutique l'apparition de la dyspnée. Après être remontée sans difficulté à sa chambre, elle est prise rapidement de suffocation. Un médecin, appelé, ne peut introduire dans la trachée le tube qu'elle portait habituellement, mais put y faire passer une sonde sans rencontrer aucun obstacle. Elle rejette un petit caillot sanguin au milieu de sécrétion, et meurt.

A l'examen nécropsique on trouva les bords de l'ouverture trachéale (bords droit, gauche, et inférieur) recouverts d'une masse dure d'un volume d'un œuf de pigeon. Deux glandes du volume d'une noix sur le bord postérieur du sterno-mastoidien. Pas de lésions de l'intérieur de la trachée ni de l'œsophage, pas de sténose trachéale ; cœur et vaisseaux normaux, sauf une plaque d'athérome sur la face inférieure de l'aorte. Les deux pou-

mons sont partout crépitants, et remplis d'une grande quantité de liquide noir spumeux. Le rein gauche est petit, beaucoup plus petit que le droit et se décortique difficilement.

L'auteur pour expliquer la mort de sa malade, pense à des phénomènes d'intoxication liés à la suppression des quatre glandes parathyroïdes. Une d'elles avait été enlevée opératoirement et les trois autres ont pu être détruites par les progrès envahissants du carcinome. Les rayons X ont peut-être une part de responsabilité dans l'apparition des phénomènes, étant donnée leur action destructive bien connue sur les glandes.

#### *Discussion.*

CHEVALIER JACKSON. — Ne trouve pas grande utilité à la caule de Trendelenburg pour l'anesthésie chloroformique.

Il ne fait pas non plus la trachéotomie préliminaire, jugeant inutile de faire respirer pendant huit jours un malade au moyen d'une canule, et préférable d'aboucher la trachée à la peau comme premier temps de la laryngectomie.

Il juge, en effet, très important de faire asseoir le malade dans son lit, dès le deuxième jour. La position couchée, comme la morphine et l'anesthésie profonde sont des causes de pneumonie.

Il croit que l'alimentation rectale est un leurre. Bien préférable, et inoffensive, est la sonde œsophagienne.

Bien qu'ingénieuse, la théorie parathyroïdienne de la suffocation survenue dans le cas du Dr Solly, ne lui paraît pas très convaincante. Il se demande s'il n'y a pas eu quelque emprisonnement des deux pneumo-gastriques, cause du phénomène. Il se rappelle, à ce sujet, une de ses laryngectomies totales, au cours de laquelle il enleva une partie du pneumogastrique emprisonnée par la tumeur, ainsi qu'une partie de la jugulaire et de la carotide primitive. Le patient, ne présenta pas de trouble apparent pendant quatre mois ; au bout de ce temps, récidive ganglionnaire cervicale du côté opposé ; l'adénite augmente progressivement, comprime le pneumogastrique. A partir de ce moment le malade ne peut plus expectorer, se noie littéralement dans ses propres sécrétions et meurt.

H. W. LEB (de Saint-Louis). — Sur cinq laryngectomies totales, en a perdu trois de récidives survenues six mois après environ. Une quatrième, quinze mois après l'intervention, ne présentait aucune trace de récidive. Dans un cinquième cas, le malade présenta vers le septième jour une soudaine hémorra-

gie par la bouche et mourut. A l'autopsie on reconnaît que l'accident avait été causé par une embolie pulmonaire.

JOHN F. WOODWARD (Norfolk). — A observé, comme le Dr Jackson, un cas de compression du pneumogastrique au cours d'un carcinome du larynx, ayant produit la suffocation et la mort par impossibilité d'expulser les mucosités trachéo-bronchiques.

WENDELL C. PHILIPS (de New-York). — La trachéotomie préliminaire ne doit pas être rejetée, tous les opérateurs ayant l'expérience de la laryngectomie, sont d'avis que leurs résultats sont meilleurs en faisant une trachéotomie préliminaire, et que la pneumonie est aussi plus sûrement évitée.

E. FLETCHER INGALS (Chicago). — Il ne faut pas perdre de vue que la laryngectomie est indiquée seulement dans les cancers intrinsèques. Au cours de deux laryngectomies faites par lui, il y a deux ou trois ans, il pratiqua dans un cas la trachéotomie préliminaire. Il n'est pas convaincu de l'utilité de cette manière de faire. A noter que, dans un cas, le malade pouvait parler distinctement, et se faire entendre à quinze ou vingt pieds.

SOLLY. — Le cancer en question était bien un cancer intrinsèque ; et l'autopsie n'avait pas montré de compression du pneumogastrique, pas plus que de thrombus ou d'embolie pulmonaire.

CLÉMENT F. THEISEN (Albany). — Cas rare de *syphilis laryngée* ayant nécessité la trachéotomie. — A propos d'un cas de sténose laryngée syphilitique observé par lui, l'auteur émet les propositions suivantes :

1<sup>o</sup> L'intubation est particulièrement inutile dans les cas où la sténose n'est pas extrême, et est due à un épaississement et une infiltration des cordes et bandes ventriculaires.

Dans ce cas on peut faire une intubation soigneuse sans trachéotomie préliminaire.

2<sup>o</sup> Quand la sténose est extrême et quand il y a des adhérences membraneuses entre les cordes, ne laissant entre elles qu'un étroit espace, la trachéotomie doit précéder le tubage.

3<sup>o</sup> La trachéotomie suivie de la laryngofissure constitue le procédé de traitement idéal, quand il y a une solide adhérence des cordes vocales par du tissu fibreux.

ARNOLD KNAPP (New-York). — Un cas de thrombose infectieuse du sinus latéral au cours d'une mastoidite aiguë. Mort par méningite. Autopsie. — Il s'agit d'un homme de 24 ans qui, trois

semaines après une otite moyenne aiguë ayant nécessité la paracentèse fut pris de douleurs mastoïdiennes avec violente élévation de température et frisson qui firent poser le diagnostic de thrombose infectieuse du sinus latéral.

A l'opération on trouve la mastoïde remplie d'une sérosité noircâtre et un abcès périsinusien de même nature. Le sinus est compressible, mou, on ne juge pas à propos d'en faire l'ouverture. Après l'intervention chute de la température ; mais celle-ci repart huit jours après avec des frissons. Nouvelle intervention : ouverture du sinus latéral, ablation d'un caillot décoloré seulement vers le centre. On curette en bas le sinus dans la direction du bulbe de la jugulaire sans amener l'apparition d'un flux sanguin ; en haut au contraire en dirigeant la curette vers le torcular on produit une évacuation sanguine.

Malgré cette intervention la température ne tombe pas, les frissons continuent. Bien qu'il n'y ait pas eu de symptômes au niveau de la nuque, ni dans la région sterno-mastoïdienne supérieure, on pense à une thrombose du bulbe de la jugulaire ; opinion qui semblait fortifiée justement par l'absence d'hémorragie lors du curetage du bout inférieur du sinus latéral. — Nouvelle intervention ; ligature de la jugulaire, section entre deux ligatures et dissection du bout supérieur. On fait un lavage par le bout supérieur sans pouvoir chasser un caillot du bulbe de la jugulaire. La température et les frissons ne cessent pas. La lésion n'était donc pas au bulbe jugulaire. — Dans une nouvelle intervention on enlève un nouveau caillot du bout supérieur du sinus ; mais les accidents continuent et le malade meurt avec des symptômes de méningite.

L'auteur, en terminant, fait remarquer que l'apparition du sang dans le sinus après curetage du caillot ne prouve nullement que le sinus soit désinfecté ; il peut s'agir, en effet, d'une thrombose pariétale, ou d'une lésion localisée d'une paroi sinusienne, c'est ce que l'autopsie démontre dans ce cas (il y avait eu en outre de la méningite diffuse). L'auteur estime qu'il serait sage, dans les cas analogues à celui-là, si le siège de la lésion sinusienne est difficile à trouver, de découvrir le sinus latéral et le sinus sigmoïde jusqu'au torcular ; d'arrêter la circulation au niveau du torcular par une forte compression, et d'exciser entièrement la paroi externe du sinus latéral. De cette façon, toute lésion de la paroi cérébrale du sinus pourrait être décelée, de nouveaux caillots infectieux ne pourraient se former, et, par surcroit, les dangers de complications méningées seraient diminués.

MAC CUEN SMITH (Philadelphia). — **Symptômes, diagnostic et traitement de la méningite avec relation d'un cas.** — L'auteur fait une revue de la symptomatologie de la méningite otogène sans rien ajouter aux notions classiques. En terminant, il signale l'utilité de la ponction lombaire comme moyen de diagnostic ; mais aucune mention n'est faite de la valeur de l'examen cytologique du liquide céphalorachidien : seule est signalée la valeur diagnostique de l'augmentation notable de sa teneur en albumine. L'auteur rapporte une observation personnelle ; observation purement clinique sans relation d'autopsie.

FRÉDÉRICK L. JACK M.-D. (Boston). — **Symptomatologie, diagnostic et traitement de l'encéphalite et de l'abcès du cerveau.** — L'auteur rapporte un cas d'abcès temporo-cervical d'origine otique, opéré par lui avec succès.

Il s'agit d'un homme de 25 ans, atteint d'otorrhée depuis trois ans. Reçu dans le service de L. Jack le 31 juillet 1901, parce que, depuis six semaines, il présente des maux de tête qui l'empêchent de travailler. Parois du conduit légèrement gonflées ; bombement du segment postéro-supérieur de la membrane tympanique ; légère sensibilité de la mastoïde à la pression. Paracentèse. — La céphalée augmente et devient extrême en peu de jours, cependant que la sensibilité mastoïdienne disparaît. La température est de 38°3 le 1<sup>er</sup> août et reste à 37°2 pendant plusieurs jours, le pouls, variant entre 60 et 70 pulsations. Le 7 août, la température remonte rapidement 38°8 pour 90 pulsations.

On fait une première intervention : évidemment pétro-mastoïdien. Pus dans un autre profond recouvert d'une corticale scléreuse. Des granulations sont trouvées sur la paroi externe du sinus latéral. Celui-ci cependant est animé de battements. On résèque le tegmen tympani et on met à nu la dure-mère en empiétant sur la fosse temporale. La dure-mère présente sa couleur normale et ne bombe pas.

En raison de cet aspect de la dure-mère, on arrête là l'intervention.

Il se produit une légère détente pendant quelques jours, mais le 16 août on trouve le malade presque comateux, du moins dans une torpeur profonde. — Nouvelle intervention ; la dure-mère (qui ne bombe pas plus que lors de la première intervention) est incisée au-dessus du tegmen ; une aiguille de Pravaz est introduite par la brèche du tegmen dans le cerveau à une profondeur

de un pouce — à la troisième ponction on trouve le pus ; élargissement de la cavité cérébrale avec une pince à forcipressure, on retire 120 grammes de pus mêlé à de la substance cérébrale mortifiée. On draine avec une mèche de gaze iodoformée.

Amélioration dès le lendemain qui va en augmentant. Pourtant le malade présente de l'aphasie motrice. — Le 23, il se produit un peu de rétention dans la cavité cérébrale et on remplace la mèche par un drain.

Le 12 septembre, guérison complète. A propos de cette observation, J. fait les remarques suivantes.

1<sup>o</sup> Malgré l'absence de bombement de la dure mère un abcès intra-cérébral peut exister ; et en présence de céphalée persistante, il ne faut pas attendre plus de 24 à 48 heures après la première intervention pour ponctionner le cerveau.

2<sup>o</sup> La voie sus-antrale paraît la meilleure pour l'accès des abcès de l'étage moyen du crâne.

3<sup>o</sup> Dans ce cas (et dans plusieurs autres cas personnels) la ponction lombaire a extrait un liquide louche : ce symptôme n'est donc aucunement pathognomonique de la méningite Bergmann a signalé plusieurs cas analogues.

4<sup>o</sup> Le drainage par les tubes est préférable au drainage par les mèches de gaze.

JAMES F. MC KERNON (New-York). — **Symptômes diagnostio et traitement de la thrombose du sinus sigmoïde.** — L'auteur considère, au point de vue symptomatologique, trois catégories de faits : 1<sup>o</sup> Cas typiques de thrombose survenant au cours d'une mastoïdite ; 2<sup>o</sup> Les cas qu'il appelle atypiques, de thrombose survenant, dans les jours qui suivent une trépanation mastoïdienne ; 3<sup>o</sup> Les cas, enfin, qui se voient, sans lésions mastoïdiennes au cours d'une otite aiguë.

Les cas typiques se caractérisent par les symptômes classiquement connus (frissons, haute et brusque élévation de température avec brusque chute, modification du pouls, avec peu de troubles cérébraux, etc.). Jamais l'auteur n'a pu mettre en évidence le signe de Gerhardt ; très rarement aussi il a pu reconnaître la thrombose de la jugulaire au cou.

Dans les cas atypiques, les modifications portent surtout sur la température qui est très élevée, mais ne présente que de faibles oscillations (un degré ou même moins).

Les cas de thrombose de la troisième catégorie se voient chez des enfants, et au cours des otites aiguës, sans qu'il y ait de

complication mastoïdienne. Dans ces cas il y a à la fois la thrombose du sinus et du bulbe de la jugulaire, soit que ce dernier soit infecté à la faveur d'une déhiscence du plancher de la caisse, soit par voie lymphatique, ou par absorption directe à travers la paroi osseuse. Les seuls symptômes sont des élévarions brusques de température suivie de rapide descente ; sans frissons. Fait particulier, les enfants dans l'intervalle des élévarions de température, se trouvent extrêmement bien, demandent à manger et à reprendre leurs jeux.

Dans tous les cas on devra faire la ponction lombaire ; la présence de polynucléose est un signe certain d'infection sanguine.

Pour les malades des deux premières classes, on fera d'abord la ligature de la jugulaire, puis on résèquera un segment veineux entre la région voisine de la clavicule et la bulbe. Dans un deuxième temps on ouvrira le sinus et on le curetera jusqu'à apparition d'un flot sanguin, on ouvrira le sinus jusqu'au torcular si besoin est. En bas, même après ligature de la jugulaire et de ses affluents, un flot de sang doit aussi apparaître, sinon c'est que le sinus pétreux inférieur est thrombosé.

Pour les malades de la troisième classe, l'auteur ne fait pas la ligature de la jugulaire de façon à faire supporter à l'enfant le minimum de traumatisme.

THON. J. HARRIS. — *Pathologie des complications intra-crainiennes au cours des suppurations de l'oreille moyenne.* — L'auteur passe en revue les cas de complications intra-crainiennes des otites survenues dans le service des maladies des oreilles de *Manhattan Eye, Ear and throat hospital*, entre les années 1895 et 1905 ; et émet les remarques que lui suggère l'examen de ces différents cas.

Il a pu ainsi collecter :

23 observations de thrombose du sinus.

7 observations d'abcès du cerveau

et 30 observations de méningite.

Sur les 25 cas de thrombose des sinus, 14 se sont terminés par la mort et 9 par la guérison. La ligature de la jugulaire ne semble pas, dans ces cas, avoir donné de meilleurs résultats que le curetage du sinus sans ligature préalable.

Dans 7 cas, la thrombose fut consécutive à une otite aiguë, et, dans 8 cas à une otite chronique.

3 cas seulement s'accompagnèrent de névrite optique et dans

8 cas seulement existèrent des frissons ; une fois, enfin, existait une forte gêne de la déglutition.

Les 7 cas d'abcès du cerveau se terminèrent par la mort. Six fois, il s'agissait d'abcès du lobe temporo-sphénoïdal, une fois seulement d'abcès du cervelet. Trois fois il s'agissait d'otite aiguë et 4 fois d'otite chronique. Dans tous ces cas il y eut du ralentissement du pouls. L'auteur cite en outre plusieurs observations résumées où l'on nota des convulsions épileptiformes, et la cessation de la respiration au moment de l'ouverture de l'abcès.

Sur les 30 cas de méningite, on note un seul cas de guérison (il s'agissait vraisemblablement de méningite séreuse).

La ponction lombaire n'a pas été pratiquée un nombre de fois suffisant pour qu'on puisse tirer des conclusions sur sa valeur diagnostique.

Dans un cas, il se produisit de la névrite optique.

L'auteur a observé 10 cas de méningite consécutive à la trépanation mastoïdienne et surtout à l'évidement pétro-mastoïdien.

Lorsque au cours d'une trépanation la dure-mère a été mise à nu, il est sage de ne pas refermer la plaie cutanée ; faute de cette précaution, la méningite se trouverait plus facilement réalisable.

#### *Discussion.*

EDWARD BRADFORD DENCH commence par apporter sa statistique personnelle qui comprend 82 cas de complications intracraniennes des otites se décomposant en : 13 abcès du cerveau (9 temporo-sphénoïdaux, 3 cérébelleux), 38 thromboses du sinus (2 thromboses primitives du bulbe) ; 28 abcès extra-duraux et 4 méningites opérées (en ce qui concerne les méningites, l'auteur déclare sa statistique incomplète : il a rapporté seulement les cas de méningite opérés).

La fréquence relative de ces diverses complications a été la suivante : abcès extra-duraux, 34 % ; abcès cérébral, 14,6 % ; thrombose sinusoïde, 46,3 % ; méningite généralisée, 4,8 %.

La mortalité a été de 65 % pour les abcès cérébraux, 13,7 % pour la thrombose du sinus (guérison, 84 %). On ne fit aucune intervention sur la jugulaire dans 25 cas et la mortalité fut de 12 % ; la guérison de 88 % ; dans 13 cas, la jugulaire fut excisée et la mortalité fut 23 %, la guérison, 17 %.

En examinant l'histoire des malades, on voit que la grande mortalité au cas d'intervention sur la jugulaire tient simplement

à ce fait que ces cas étaient beaucoup plus graves que ceux où l'excision ne fut pas faite.

L'indication d'une intervention sur la jugulaire dépendra de la condition présente dans chaque cas particulier.

L'indication la plus générale est l'extension de la thrombose au bulbe et à la partie supérieure de la jugulaire ; on interviendra donc toutes les fois que l'introduction de la curette en bas dans la direction du bulbe ne provoquera pas l'apparition d'un flot sanguin. Sans doute, ce dernier peut provenir du sinus pétreux inférieur ; mais, en fait, l'auteur a eu rarement à se plaindre de n'être pas intervenu sur la jugulaire dans les cas où s'était produite une hémorragie après curetage du bout inférieur du sinus.

Il est inutile de commencer par lier la jugulaire avant de faire le curetage du sinus : le seul danger de cette manœuvre est l'introduction de l'air dans la jugulaire au moment de l'incision du sinus ; mais cet accident peut être évité plus simplement en comprimant le vaisseau au niveau du cou.

En ce qui concerne la fréquence relative de l'affection, l'auteur l'a rencontrée avec une presque égale fréquence au cours des otites chroniques et des otites aiguës.

L'examen du sang ne lui a jamais révélé une forte leucocytose que dans les cas où existait quelque localisation infectieuse secondaire.

L'abcès du cerveau a été vu par l'auteur avec une égale fréquence chez les malades porteurs de suppuration chronique de l'oreille, ou ayant présenté antérieurement une histoire d'otite aiguë, qui, apparemment, avait entièrement guéri. Le fait est intéressant. Dans deux cas que rapporte l'orateur ; le malade était atteint d'otite aiguë (constatable objectivement) depuis une semaine, mais avait eu antérieurement une otite aiguë du même côté (dix ans auparavant).

L'hyperleucocytose a une très grande valeur diagnostique, si aucune lésion suppurative ne peut être décelée dans une autre région du corps.

Au point de vue symptomatique, l'auteur tient le plus grand compte du ralentissement du pouls, de l'hébètement et de l'amalgrissement progressif. La température peut être élevée, ou, au contraire, au-dessous de la normale. C'est dans les cas aigus que la température s'est trouvée élevée.

Quoique le ralentissement du pouls soit un signe de grande valeur, il ne faut pas oublier que quelquefois le ralentissement ne se produit qu'à une époque tardive de l'évolution de l'abcès, et,

qu'avec un abcès aigu et de petit volume, il peut y avoir accélération du pouls.

La voie d'accès opératoire doit varier avec le cas : s'il y a des symptômes de localisation, intervenir à l'endroit précis de la localisation. S'il y a des symptômes peu définis, combinaisons de troubles moteurs et oculaires sans localisation, il est probable que l'abcès siège vers la capsule interne, et il doit être abordé par une brèche osseuse pratiquée au-dessus et en arrière du méat auditif externe. L'incision de l'abcès par le toit de la caisse doit être réservée au cas, où, en exposant la dure-mère en cette région, on a trouve décolorée, ou fistuleuse.

L'auteur draine avec une mèche de gaze iodoformée ; mais il espère diminuer les chances d'infection du tissu cérébral incisé, en entourant cette mèche d'un tissu imperméable destiné à canaliser le pus, c'est ce qu'il appelle le « drain cigarette ».

Les 4 cas de méningites signalés par l'auteur ont été consécutifs deux fois à une otite aiguë et deux fois à une otite chronique.

Le traitement de la méningite est très décourageant. Dans un cas, l'auteur fit un simple drainage subdural et guérit son malade, dans trois autres, il fit le drainage ventriculaire et ses malades moururent (dans ces trois cas, les ventricules étaient atteints par la lésion).

Contrairement au Dr Harris, l'auteur ne croit pas à l'influence de la suture cutanée sur l'écllosion des accidents cérébraux ; dans ces cas, l'étude du malade donne plutôt à penser qu'il existait déjà une complication cérébrale que l'intervention n'a fait que hâter dans sa marche.

WENDELL C. PHILLIPS (New-York). — Est surpris du peu de cas que l'on semble faire de la ponction lombaire.

Il a vu plusieurs hernies cérébrales consécutives à des interventions intra-crâniennes. Elles ne sont pas composées de substance cérébrale, mais de tissu inflammatoire, et, de ce fait, leur ablation ne présente aucun inconvénient.

Il pense que c'est au cours des otites suppurées chroniques que les complications cérébrales sont le plus fréquentes.

CHARLES W. RICHARDSON (Washington), insiste sur le peu de résultat du traitement opératoire de la méningite.

Il condamne le traitement de la plaie mastoïdienne par la formation d'un caillot sanguin, comme un procédé dangereux, pouvant propager l'infection à la cavité crânienne.

## BIBLIOGRAPHIE

**Dyslalias et anomalies dentaires**, par LARODERIE (Th., Bordeaux, 1906).

Le mécanisme de l'articulation normale de certaines consonnes, en particulier les sifflantes et les fricatives, montre quelle est la part des dents dans leur production. Comme d'un autre côté les troubles de la parole peuvent devenir une source d'ennuis pour la personne qui en sont atteintes, il était intéressant d'étudier les relations qui existe entre les diverses dyslalias et les anomalies dentaires, et de voir si la correction de celles-ci pouvait amener la régression et la disparition de celles-là. Tel est le sujet de l'étude très intéressante et très documentée de l'auteur : Les conclusions suivantes s'en dégagent :

1° Il est réel que des anomalies dentaires ou palatines peuvent produire des troubles graves de la parole.

2° Les anomalies des molaires inférieures ou supérieures, des prémolaires, canines et incisives inférieures n'occasionnent qu'exceptionnellement ces troubles.

3° Bien plus important est le rôle des dents supérieures, canines et incisives : Quand les anomalies de ces dents ne créent pas de toutes pièces la bêtise, elles l'entretiennent et la prolongent. Les dyslalias les plus fréquentes dans ce cas sont : le chuntement, le sigmatisme latéral, nasal ou frontal.

4° Chez les enfants, les dyslalias d'origine dentaire ont une tendance à persister malgré la disparition des anomalies causales, — persistance occasionnée le plus souvent par une éducation insuffisante de l'ouïe ; — dans ce cas le traitement orthophonique débarrassé presque toujours le malade de son défaut.

5° Chez l'adulte au contraire la correction de l'anomalie dentaire guérit le plus souvent la dysalie qu'elle occasionnait.

M. PHILIP.

**Le malmenage vocal**, par MONSAGUÉ (Th., Bordeaux, 1906).

L'appareil de la phonation, en l'espèce, l'instrument vocal peut être représenté comme composé d'une soufflerie, les poumons, d'une anche, le larynx formé de deux membranes élastiques vibrantes, un portevent, le pharynx, et des résonneurs, les cavités buccale,

nasale et sinusoïennes. La soufflerie peut se comporter de trois façons et nous aurons les trois types de respiration diaphragmatique, costal et claviculaire ou costo-supérieur. La force motrice, plus ou moins grande que le chanteur est obligé de dépenser, réside surtout dans l'adoption qu'il fait d'un type respiratoire. Il est nécessaire qu'il y ait équilibre entre l'énergie de la poussée expiratoire et la résistance des cordes et le chanteur devra toujours être renseigné sur la stabilité de cet équilibre qu'il ne devra jamais détruire en demandant à ses moyens plus qu'ils ne peuvent donner, cela constitue le *surmenage*.

Mais il est une autre façon de compromettre sa voie, c'est de la diriger d'une façon qui n'est pas conforme à la physiologie de l'organe, c'est en un mot le *malmenage*: Le son peut naître suivant plusieurs mécanismes. Les principaux sont l'attaque sur le souffle et l'attaque par le coup de la glotte. Dans le premier le son est attaqué en dessous et manque souvent de netteté et de justesse. Le second est meilleur et ne devient condamnable que s'il est poussé à l'excès et si l'attaque est brusque. Mais les sons aigus ne sont pas émis suivant le même mécanisme que les sons graves ; il est donc nécessaire que le chanteur exerce sa voix et adopte tel mécanisme ou tel autre suivant la hauteur du son à produire, en un mot le mécanisme sera approprié au registre dans lequel se trouve la note à émettre. La difficulté résidera dans les notes de passage ou bien dans les notes qui contiendront un antagonisme entre la phonation et la prononciation ; c'est pour cela que les chanteurs *sombrent* de plus en plus les voyelles à mesure qu'ils émettent des sons plus élevés.

Ces différentes considérations sur le son amènent ensuite l'auteur à envisager les causes du malmenage vocal. On peut les ranger en trois groupes : a) Les causes physiques résultent 1<sup>o</sup> d'un défaut de concordance entre les différentes parties de l'appareil vocal ; 2<sup>o</sup> de malformations de la cage thoracique, du larynx, ou des autres parties de l'appareil phonateur. b) Les causes pathologiques (maladies aiguës ou spécifiques du larynx et de l'appareil respiratoire ; menstrues, médicaments sulfureux ou iodiques ; excès, inflammations ou hypertrophies du pharynx, paralysies du voile, obstruction nasale, etc.). c) Les causes fonctionnelles : 1<sup>o</sup> Excès de travail ; 2<sup>o</sup> tendance à vouloir sans cesse chanter fort en poussant avec exagération le souffle expiratoire ; 3<sup>o</sup> inobservance des changements de registres surtout à leurs notes de transitions (passage de la voix) et habitude d'en reculer trop haut les limites ; 4<sup>o</sup> déclassement, c'est-à-dire chant en désaccord avec le médium

normal de la voix ; 5<sup>e</sup> emploi insuffisamment caractérisé ; 6<sup>e</sup> classement prématué et erroné des voix ; 7<sup>e</sup> méconnaissance du rôle des résonnateurs, de tout le parti que l'on en peut et qu'il faut en tirer pour embellir le timbre et épargner l'organe de la voix.

Toutes ces causes peuvent produire la détérioration plus ou moins complète, et plus ou moins rapide de la voix. C'est d'abord une phrase pré-congestive, puis une congestion active du larynx et enfin des lésions anatomiques bien constituées. Même des symptômes morbides peuvent apparaître du côté des poumons : l'emphysème pulmonaire professionnel d'effort ; il y a baisse respiratoire.

Tout chanteur évitera donc le malmenage vocal en suivant une hygiène appropriée à la nature de sa voix et surtout en évitant absolument les vices de méthode déjà énoncés. « C'est en sachant réaliser un équilibre plus ou moins parfait entre l'ampleur de sa capacité pulmonaire et la résistance de son larynx, que l'artiste lyrique obtiendra le plus de puissance dans sa voix ; c'est en sachant tirer le meilleur parti de ses résonnances qu'il gagnera le timbre le plus homogène, le plus riche et le plus vibrant et qu'il ménagera en même temps ses cordes. »

M. PHILIP.

**La douleur dans les mastoidites**, par DOMINGUEZ (*Thèse*, Bordeaux, 1905).

Quoique l'allure clinique des mastoidites soit essentiellement protéiforme, ainsi que le dit Politzer, il est très important de rechercher l'élément douloureux pour confirmer ce diagnostic. La douleur manque rarement : Elle traduit la présence de pus sous pression ou de fongosités dans les cellules de l'apophyse. On doit la différencier des différentes algies mastoidiennes, hystériques (diffuses et continues), névralgiques (rares mais coïncidant en général avec la névralgie des autres branches du plexus cervical), syphilitique, et surtout de la furonculose du conduit auditif externe, accompagnée de lymphangite et de gonflement rétro-auriculaire.

Les douleurs dans la mastoidite peuvent se présenter sous deux formes : a) Douleurs spontanées. b) Douleurs provoquées. Ce sont surtout ces dernières qui ont une régularité et une importance sémiologique considérable.

Elles doivent être recherchées d'une façon méthodique en explorant les points douloureux mastoidiens :

- a) Point douloureux de l'antrre ;
- b) Point douloureux du sommet ou apexien ;
- c) Point douloureux du sinus.

Les indications opératoires se posent alors nettement d'après les caractères des phénomènes douloureux :

1<sup>o</sup> Dans les otorrhées aiguës la douleur persistante est un signe important qui dénote une lésion mastoïdienne en voie d'évolution et qui pose nettement l'indication opératoire : l'évidement mastoïdien.

2<sup>o</sup> Dans une otorrhée chronique, l'apparition de phénomènes douloureux intermittents ou passagers et une indication importante de la cure radicale.

3<sup>o</sup> Dans les mastoïdites latentes, alors que les signes extérieurs ne permettent pas d'établir la probabilité d'une lésion mastoïdienne, les douleurs provoquées par une exploration minutieuse des points classiques (antrre, pointe, sinus) sont une indication capitale d'intervenir.

M. PHILIP.

**Sur les polypes naso-pharyngiens ablation par les voies naturelles sans opérations préliminaires**, par M. LEMÉE (Th., Bordeaux, 1906).

Les méthodes simples d'extirpation des polypes naso-pharyngiens sans opérations préliminaires, figurent au second plan dans les traités classiques qui leur opposent l'exérèse large au cours d'opérations solennelles sur le nez, le maxillaire ou la voûte palatine. Telle n'est plus à l'heure actuelle l'opinion des auteurs modernes qui remettent justement en honneur les méthodes simples si longuement discréditées.

D'une façon générale ces larges interventions préliminaires ont souvent une gravité inutile. Elles mutilent la face sans empêcher dans certains cas la récidive. Leur utilité est parfois discutable puisque la rétrocession spontanée des fibromes chez l'adulte est possible. Enfin au point de vue de l'esthétique, le résultat opératoire est défectueux, puisqu'il laisse sa signature disgracieuse sur le masque de l'opéré.

Ge qui avait jusqu'à présent jeté le discrédit sur les méthodes simples d'extraction par les voies naturelles, c'était :

- 1<sup>o</sup> L'étricteur des voies et la difficulté d'accès ;
- 2<sup>o</sup> L'impossibilité mécanique d'atteindre le pédicule du néoplasme ;
- 3<sup>o</sup> Le danger d'hémorragie et la difficulté de l'hémostase.

4<sup>o</sup> L'impossibilité d'atteindre les prolongements extra-pharyngés.

Actuellement, avec l'instrumentation de la rhinologie moderne, et la technique opératoire bien précisée par Escat, ces difficultés sont surmontées. Dans les cas bénins, de polypes peu volumineux, l'extraction peut se faire sous la seule anesthésie cocainique, et le polype est enlevé soit à l'anse galvanique, soit à la pince coupante. Le plus souvent on doit avoir recours à l'anesthésie générale et dans ce cas la position de Rose ou le plan incliné sont indispensable pour maintenir la liberté des voies aériennes. La trachéotomie préliminaire devient donc inutile. L'anesthésie est poussée à fond. Il est préférable de commencer par sectionner les prolongements qui viennent s'attacher seuls au corps du polype avant de couper le pédicule de ce dernier. D'une part, ces sections sont peu hémorragiques, et d'autre part, le polype débarrassé de ses amarres peut rapidement être détaché et enlevé par rugination. Ce dernier temps est accompagné d'une hémorragie toujours considérable. Un tamponnement soigneusement fait est indispensable pour en avoir raison.

M. PHILIP.

## ANALYSES

---

### I. — OREILLES

**Vingt cas d'otite suppurée chronique traités par la radiation, par J. DIONISIO (Bullet. d. malatt. dell' orecchio, etc., janvier 1906, n° 4, p. 1).**

Dionisio qui a déjà étudié l'influence de la radiation lumineuse et obscure sur la muqueuse natale des ozéneux, a appliqué la même médication à une série d'otites suppurées chroniques vainement traitées jusque-là par les moyens ordinaires (lavages, désinfectants, trépanation mastoïdienne).

Sur vingt malades soumis à la radiothérapie, il obtint seize guérisons datant actuellement d'une période de temps qui varie de trois ans à trois mois. Dans deux cas il constata une amélioration très notable de l'audition.

M. BOULAY.

**Traitemennt de l'otite moyenne aiguë, par SCHEIBE (Berliner klinisch. Wochensh., n° 17, 1906).**

A la clinique de Bezold, on commence le traitement de l'otite moyenne aiguë par une douche d'air et si la mastoïde est sensible, on ajoute une vessie de glace. Le séjour au lit est ordonné seulement en cas de fièvre. En même temps le traitement du nasopharynx. Si le tympan est bombé, si l'ouïe diminue et si la sensibilité de l'apophyse augmente, on fait la paracentèse, qu'on fait suivre immédiatement par une douche d'air. S'il y a écoulement, on fait des lavages du conduit, assèche ensuite le conduit, insuffle l'acide borique et on bouche le conduit simplement avec du coton. Repos, défense d'alcool. Traitement de l'état général.

Dans la perforation spontanée, il faut distinguer entre l'otite idiopathique et l'otite secondaire. Dans la première la perforation est toujours petite et a une grande tendance à la guérison, l'os est rarement atteint et l'otite guérira si le pus est convenablement drainé. Tous les cas ont guéri et 3 % seulement se sont compliqués dont 1/2 % seulement ont dû être trépanés. Dans les otites secondaires sont guéris 93 %, 4,1 % sont morts, 8 % ont donné des complications et 6 % ont dû être trépanés.

Dans l'otite idiopathique, 70 % ont guéri sans perforation du tympan ; dans l'otite secondaire, 30 %. Le temps de l'otorrhée était chez les adultes de douze jours, chez les enfants, onze jours, chez les nourrissons, dix-neuf jours. La durée totale de la maladie était de vingt-quatre jours chez les adultes et de seize jours chez les enfants.

Avec beaucoup de justesse, l'auteur fait la remarque qu'il n'y a pas de méthode qui ne soit pas chaudement vantée par les uns, et fortement blâmée par les autres.

LAUTMANN.

**Contribution à l'anatomie de la trompe d'Eustache, par ZUCKERKANDL (Monatschr. fur Ohrenheilkunde, n° 1, 1906).**

Zuckerkandl continue ses recherches sur l'anatomie comparée de la trompe d'Eustache (marsupiaux, rongeurs, pinipèdes).

LAUTMANN.

**La pression sanguine chez les individus atteints de sclérose auri culaire et d'otite interne, par MENGOTTI (de Venise), (Arch. ital. di otologie, etc., vol. XVII, fasc. 2, p. 151, déc. 1905).**

Mengotti a fait ses recherches avec le sphygmomanomètre de

Riva-Rocci chez vingt malades. Elles lui ont montré qu'il n'existe aucun rapport entre la pression sanguine d'une part, la sclérose auriculaire et l'otite interne de l'autre : ces affections ne déterminent pas de variations appréciables, en plus ou en moins, de cette pression. Le nombre des pulsations et des respirations ne présentent non plus aucune modification caractéristique.

M. BOULAY.

**Diagnostic et prophylaxie de l'inflammation du labyrinthe au cours d'une otite moyenne aiguë, par OSTMANN (*Munchn. Medz. Wochensch.*, n° 15, 1906).**

Le diagnostic d'une complication labyrinthique au cours d'une otite moyenne aiguë est difficile à faire si, dès le début de l'otite, l'attention du médecin n'est pas en éveil contre cette complication. Ce qui augmente la difficulté est que normalement, un peu de congestion du labyrinthe est de règle dans toute otite moyenne suppurée, au même degré que l'inflammation du conduit externe dans les environs du tympan. Labyrinthe et caisse sont séparés au niveau de la fenêtre ronde par une membrane très mince, et si la perforation spontanée se fait plus souvent par le tympan que par la fenêtre ronde, c'est grâce à la congestion de la muqueuse de la caisse qui, en constituant une sorte de défense naturelle, vient renfoncer la fenêtre ronde.

Nous sommes en mesure de reconnaître une labyrinthite grave à ses débuts quand la porte d'entrée est formée par la fenêtre ronde. La diminution brusque et nette de la perception pour les sons les plus aigus, constatée à l'aide du sifflet de Galton, la conduction du son sur l'oreille saine, la diminution de la durée de la perception osseuse, cependant que l'inflammation de la caisse ne diminue pas, sont des signes qui, dans leur ensemble, justifient le diagnostic d'une lésion du labyrinthe.

Si l'irruption se prépare par le canal horizontal, le malade se plaindra de vertiges, nystagmus, vomissements, troubles de l'équilibre, auxquels s'ajouteront plus tard seulement les symptômes acoustiques.

Ces symptômes demandent une médication énergique, comprenant l'émission de sang sur l'apophyse, dérivation sur les intestins, repos absolu, contrôle sévère sur le drainage parfait du pus. Si l'amélioration n'est pas prompte, la mastoïde sera ouverte, même si aucun symptôme ne plaide pour une inflammation de ses cellules.

LAUTMANN.

**Les défauts des cornets acoustiques. Deux moyens importants, peu usités par les sourds pour l'amélioration de l'audition, par Auguste Luce (Munchn. mediz. Woch., n°, 5, 1905).**

Les cornets acoustiques, quelles que soient leur forme et leur construction, ont un grand défaut inhérent à leur construction et incorrigible. Quand le son a cessé, la corde correspondante de l'organe de Corti cesse également la vibration. C'est le phénomène que Helmholtz appelle : *Dämpfung*. C'est par lui que les sons successifs peuvent être perçus nettement et ne s'entremèlent pas entre eux, et c'est précisément ce brusque arrêt du son, devenu inutile, qu'aucun cornet acoustique ne peut imiter.

A part ce défaut capital, chaque cornet porte encore en lui les vices de sa forme. Les moins mauvais sont encore ceux qui empruntent la forme conique. Les formes les plus connues ont été divisées en huit groupes par Luce, et chaque groupe a été étudié au point de vue de son rendement acoustique, pour ainsi dire. Voilà, par exemple, les caractères du groupe 6. Petit instrument en forme de gobelet en métal, longueur 0<sup>m</sup>,10, diamètre de la coupole 0<sup>m</sup>,04, de l'ouverture pour le son 0<sup>m</sup>,06, longueur du tube conique 0<sup>m</sup>,10. Le bruit de la rue résonne dans une note aiguë. Le son fondamental est *f<sup>2</sup>*. Tous les sons jusqu'à *c<sup>3</sup>* sont renforcés. Au delà, aucun changement. Les sons de la quatrième octave sont comme du bois.

En général, on peut dire que tous les appareils donnent des sons secondaires très désagréables, qu'ils renforcent les sons au-dessus de leur son fondamental et surtout que tous, ils obscurcissent les sons de la quatrième octave. Or, Hermann a démontré que la plupart des consonnes dont dépend la netteté de la langue sont composées des tons de la troisième et quatrième octave. Enfin, tous les cornets sont nuisibles par ce fait qu'ils excluent le pavillon de l'oreille de la fonction.

Quoique nos connaissances sur la fonction du pavillon soient incomplètes ; pratiquement Luce a trouvé qu'il n'existe pas de meilleur cornet acoustique que de placer les deux mains derrière le pavillon, de façon à transformer le pavillon et la main en un seul grand récepteur du son. Il faut appliquer le pouce sur l'apophyse mastoïde, les quatre doigts courbés, juxtaposés sur le temporal de façon à faire du pavillon et de la paume de la main un demi entonnoir largement ouvert en avant.

Il est impossible d'entrer dans le détail de l'étude physiologique de ce travail où Luce étudie l'action des différents sons sur ce

cornet. Nous ne pouvons que retenir un seul résultat de ses études, d'après lequel le procédé de Lucé n'améliore pas ceux des sourds, chez lesquels une diminution ou une perte du registre élevé laisse présumer une surdité nerveuse.

Pour ces malheureux et pour tous les sourds il existe un autre moyen pour remplacer, autant que faire se peut, une ouïe perdue. Ce moyen consiste à apprendre à lire la parole sur les lèvres. Lucé regrette que ce moyen facile soit encore peu usité. Il est possible que quelques sourds ne puissent pas apprendre à lire la parole sur les lèvres tant qu'ils ont un reste d'ouïe, mais il est certainement faux, et cette faute est commise par des médecins et des professeurs, de les laisser croire qu'ils perdront ainsi le restant de leur ouïe. Loin de ne pas exercer leur ouïe, ces malades la défatiguent et la conservent ainsi mieux.

LAUTMANN.

**Sur le vertige et les troubles de l'équilibre dans les affections non suppurées de l'oreille interne, par WITTMAACK (*Zeitsch. für Ohrenheilkunde*, tome L, n° 2.)**

Le but de ce travail est, d'après l'auteur, de rechercher, sur la base d'un raisonnement théorique, et en s'appuyant sur les constatations anatomo-pathologiques et observations cliniques, s'il est possible de diagnostiquer et le siège exact et la nature d'un trouble de l'oreille interne. Si tel est le but de l'auteur, nous pouvons dire que ce travail est une excellente mise au point des notions classiques concernant le diagnostic des affections de l'acoustique et du labyrinthe.

Quand l'acoustique est malade, l'altération de son rameau cochléaire est la règle. L'appareil circulaire peut rester indemne. On parle dans ces cas de surdité nerveuse. L'affection inverse : altération du rameau vestibulaire et intégrité du rameau cochléaire n'est pas connue en clinique. Cette vulnérabilité élective ne comprend pas, si on pense aux analogies ; fibres du posticus dans le récurrent, amblyopie tabagique pour le nerf optique, etc. Nous pouvons aujourd'hui distinguer les lésions du rameau cochléaire et du rameau vestibulaire. Pour examiner la fonction acoustique, Wittmaack procède de la façon suivante : il recherche d'abord la distance pour la voix chuchotée, ou, si, elle n'existe pas, pour la voix haute. Ensuite, il mesure la durée pour un diapason c (128 vibrations) d'abord pour l'air, ensuite pour l'os. Il recherche ensuite le Rinne et le Weber. Ensuite, il recherche le pouvoir quantitatif de l'oreille malade pour un diapason élevé, c<sub>4</sub>, par exemple ; et enfin, il recherche les limites inférieures et supérieures.

Les épreuves de l'ouïe sont loin d'avoir un caractère coercitif pour Wittmaack. Ainsi, la limite inférieure n'a pas besoin d'être normale pourvu que la limite supérieure ait notablement diminué ; ou quand les limites sont, relativement respectées, Wittmaack se contente de comparer le pouvoir quantitatif pour le diapason *c* avec celui du diapason *c4*. Enfin Wittmaack n'attache pas autant d'importance à la constatation de la durée absolue de perception pour un son, qu'à la durée relative comparée à l'audition supposée normale du médecin.

Très importante est également la diminution de la perception osseuse, mais à condition qu'elle soit très nette, 30 à 40 %, par exemple, et que l'oreille non examinée soit malade. De même, est important le Rinne et également à condition que la voix chuchotée reste entendue au-dessous de 1 mètre, et qu'il n'y ait pas surdité presque absolue. Les épreuves de Weber et de Gellé sont infidèles. Quant à la réaction galvanique, Wittmaack a la conviction qu'un résultat positif avec un courant de 10 MA ou moins est caractéristique pour une affection de l'oreille interne.

Evidemment, les épreuves de l'ouïe seront aidées et contrôlées par l'examen otoscopique, l'examen de la perméabilité de la trompe, la constatation des bruits subjectifs ayant comme caractère qu'ils sont *en même temps* de haute tonalité, de haute intensité, de grande régularité.

L'examen clinique de l'appareil circulaire du labyrinthe se fait également d'après l'étude des quatre symptômes cardinaux suivants ; nystagmus, troubles de l'équilibre, vertige, vomissements. L'auteur voudrait y ajouter encore la mydriase du côté malade.

Le nystagmus doit être provoqué en recommandant au malade de regarder latéralement et mieux vers le côté sain. Le nystagmus est absolument caractéristique pour une affection du labyrinthe, s'il augmente ou diminue dans son intensité avec les symptômes subjectifs de vertige. Le vertige labyrinthique doit être nettement rotatoire, sensation de vertige des chevaux de bois. Un peu de torpeur ou sensation de déséquilibre quand on se penche ne sont pas caractéristiques.

Les troubles de l'équilibre seront recherchés le mieux sur le plan incliné (Stein), à l'exclusion des manœuvres difficiles demandant une certaine adresse gymnastique. L'examen électrique pourrait donner, dans les grandes lésions acquises du labyrinthe, le vertige galvanique. Ce vertige galvanique pourrait encore être recherché quand les autres symptômes auront disparu.

Comme un bon travail didactique, cet article contient un grand

nombre d'exemples dont nous choisirons quelques-uns caractéristiques.

Exemples : Surdité nerveuse, sans troubles vestibulaires. Homme de 45 ans remarque une diminution de l'ouïe depuis quatre à cinq semaines, plus prononcée à gauche qu'à droite. En même temps, sifflements dans les oreilles, pas de vertige, se plaint de rhumatismes.

Examen otoscopique : tympan mat, légèrement opaque, non rétracté.

#### *Epreuves*

Droite	Gauche
V. ch. = 0,2 m.	V. ch. = à la conque
CA 70 %, CM 50 %	CA 50 %, CM 50 %
Rinne +	Rinne +
C <sub>4</sub> 30 %	C <sub>4</sub> 10 %
Limite sup. : Galton 4,0	Limite sup. : Galton 5
Limite inf. : G. 2	Limite inf. : D 1

Weber non latéralisé.

#### *Réaction de l'acoustique*

Droite	Gauche
Sifflements à 8 MA (Kat F) K. O. An. F. j. à 15 MA. négatif	Bourdonnements à 5 MA (K. F.) K. O. An. F. An O à 15 MA. négatif

Les trompes sont perméables pour la bougie. Pas d'amélioration après le cathétérisme.

Examen de l'équilibre, négatif.

Vertige galvanique à 10 MA. Nystagmus à 15 MA.

Vertige rotatoire, négatif.

Etat général, tabès.

Voici maintenant l'exemple d'un cas de surdité nerveuse avec troubles de l'équilibre.

M. E. 18 ans, souffre depuis neuf ans de surdité progressive, venant par attaques, bourdonnements augmentant également au moment des attaques.

Vertige. Est en traitement pour une affection des yeux. A l'examen otoscopique, rien de spécial.

*Epreuves de l'ouïe*

Droite	Gauche
Surdité pour voix haute ne sont perçus que diap. C <sub>4</sub> et C <sub>5</sub>	Voix haute entendue à la conque
Limite sup. : Galton 6	GA 50 %, CM 50 %
	Rinne +
	C <sub>4</sub> 30 %
	Limite sup. : Galton 11/2
	Limite inf. : G. 2

Weber latéralisé à gauche. Les trompes facilement perméables même pour une bougie épaisse.

Cathétérisme sans influence.

Examen de l'appareil circulaire : nystagmus qui augmente quand le malade regarde à droite et en haut, moins prononcé quand le malade regarde à gauche. Quand le malade marche les yeux fermés, sa démarche est hésitante et chancelante. Il a une tendance à dévier à droite, il se tient mal sur un pied, mal sur les bouts de pieds, etc. Sur le plan incliné, oscillation manifeste qui augmente quand il ferme les yeux. Par la rotation, le nystagmus ne change pas de caractère. Le malade ne ressent pas de vertige.

Etat général : spécificité héréditaire.

Nous avons choisi ces deux exemples pour montrer un schéma commode pour l'examen de l'oreille interne. Mais comme nous l'avons dit, l'ambition de l'auteur est d'aller plus loin et de reconnaître par l'examen de l'oreille, des dyscrasies générales, comme les oculistes font par l'examen du fond de l'œil. Il est indéniable que la découverte d'une surdité nerveuse peut amener la découverte d'un tabès ignoré. Wittmaack a eu la chance de faire un diagnostic pareil sur trois cas. Mais il est certainement exagéré d'attribuer autant de valeur pour le diagnostic aux épreuves incertaines de l'ouïe qu'à l'inspection directe d'un fond de l'œil.

Malgré cette opposition qu'on pourrait faire à l'auteur, son travail, à part le mérite didactique, a une autre valeur. Wittmaack fait nettement ressortir la grande vulnérabilité du rameau cochléaire, qui le distingue de tous les autres nerfs crâniens, ainsi que Politzer, seul avant lui, l'a déjà dit pour le nerf acoustique. Les causes de cette vulnérabilité sont les suivantes : le rameau cochléaire et son ganglion sont situés dans un tissu osseux qui est nourri par des artères terminales (type Cohnheim). Une oblitération des vaisseaux est difficilement réparable, le vaisseau

obturé n'ayant presque pas d'anastomose. De plus, les cellules du ganglion cochléaire sont de très petites dimensions, de forme bipolaire et entourées d'une gaine, signes d'un arrêt dans le développement de ces cellules.

En terminant, l'auteur s'arrête à l'étude de la surdité sénile et de la surdité professionnelle. Cette surdité considérée comme nerveuse par tous les classiques est due à une sorte d'usure de l'acoustique dans la sénilité et à une névrite dégénérative dans la surdité professionnelle.

L'auteur a fait des expériences sur ces questions qui feront le sujet d'une publication ultérieure.

LAUTMANN.

**Sur les troubles de la mentalité dans la thrombose otique du sinus. Début apoplectiforme de la thrombose, par F. Voss (Zeitsch. fur Ohrenheilkunde, tome L, n° 2).**

La thrombose du sinus se marque sur le malade comme une complication grave de l'otopathie. Même si le malade vient à pied vers le médecin, il fait l'impression d'être gravement atteint. Les enfants indisciplinés pour le changement de pansement deviennent patients quand leur sinus est thrombosé. Körner dit que l'intellect peut rester libre. Mais les troubles de la circulation dans le cerveau sont si graves que généralement une dépression psychique, un certain degré d'apathie ne tardent pas à se montrer. Et puis un autre facteur, l'infection septique, à lui seul, peut occasionner le plus grand désordre intellectuel. Ces désordres mentaux de cause septique peuvent quelquefois faire confondre une thrombose avec une typhoïde. Voss nous en cite un exemple, mais d'autres sont connus dans la littérature (Piffl).

Quant au deuxième facteur, le changement dans la circulation du cerveau par la thrombose, l'auteur publie l'observation d'un malade qui, en traitement pour une suppuration aiguë de l'oreille, a été brusquement pris d'un accès apoplectiforme. Voss a opéré le malade quelques heures après l'attaque et a découvert une thrombose récente du sinus transverse. Malheureusement, le malade est mort et l'autopsie a été refusée.

LAUTMANN.

**Contribution à l'étiologie des troubles à début brusque de la partie nerveuse de l'oreille interne, par C. STEIN (Monatsch. fur Ohrenheilkunde, n° 1, 1906).**

Qui, de nous, ayant eu occasion de suivre un grand service de médecine ne se rappelle pas avoir vu le cas suivant ? Un homme

d'un certain âge a été pris, à la suite d'une violente émotion, de tremblements, de vertige, palpitations, bourdonnements de l'oreille et surdité. Peu à peu les grands troubles ont disparu et comme chez le malade, observé dans un service de médecine générale, l'ouïe n'a pas été spécialement examinée, les observations de ces cas de névrose traumatique n'en font pas mention et les malades quittent le service, généralement avec la mention améliorés ou guéris. Mais il suffit que l'attention d'un otologiste soit appelée sur ces cas pour que le symptôme auriculaire soit mis en relief et imprime son cachet à ces préputées névroses traumatiques.

Voici d'abord un cas : Un homme de 62 ans a failli faire une chute d'un tramway électrique. Il ressent une violente émotion. Celle-ci à peine passée, il est pris de bourdonnements dans la tête, d'un tremblement, de palpitations, de vertige, et, quand le malade rentre chez lui, il a grand'peine à entendre ce qu'on lui dit. Son émotion persiste encore quelques jours, en même temps, il a des maux de tête et des insomnies. Stein a occasion de voir ce malade trois jours après l'accident. Examen otoscopique, négatif. Diminution de la perception crânio-tympanale, voix haute à 2 mètres, voix chuchotée et montre = 0. Examen de l'état général : artério-sclérose généralisée. Les bruits subjectifs ont disparu seulement au bout de quelques mois, le vertige et la céphalée ont peu diminué. Malgré un long traitement, l'ouïe s'est peu améliorée.

Stein publie 6 cas personnels et 1 cas appartenant à Freud et Kayser. Tous ces cas se ressemblent entre eux et ressemblent aux nombreux cas de névroses traumatiques dont nous avons lu les descriptions ou vu quelques spécimens. Il s'agit de malades qui se plaignent de céphalée, de vertige, de bourdonnements, de surdité, survenus à la suite d'une émotion ou d'un traumatisme qui a frappé la tête. L'excitation, l'oppression, l'angoisse, disparaissent peu à peu mais quand on examine les malades, même plusieurs mois après l'accident, on trouve que leurs facultés intellectuelles ont baissé. Mais la lésion la plus grave a frappé l'oreille. Les bourdonnements peuvent persister pendant des mois et l'ouïe est presque toujours et pour toujours diminuée.

Tous ces malades montrent à un examen détaillé des lésions plus ou moins prononcées de l'artério-sclérose. Cette artério-sclérose peut avoir été latente jusqu'au moment où, à la suite d'une émotion, d'un traumatisme, d'un effort, la dyscrasie se manifeste. Cette manifestation peut laisser des traces profondes dans le cerveau qui de tous les organes est le plus sensible aux altérations

de la circulation. S'agit-il d'une contraction des vaisseaux, sous l'action de l'émotion, contraction suivie d'ischémie du cerveau, s'agit-il d'hémorragie capillaire ? Il est impossible de le dire. Quoi qu'il en soit de la pathogénie de ces accidents, il est important de savoir que les altérations de l'ouïe et les bruits subjectifs font partie d'un cortège de phénomènes qui, au point de vue de l'anatomie pathologique, dépendent de l'artéro-sclérose. Que reste-t-il dans ce cas de la névrose traumatique ? LAUTMANN.

**Contribution au traitement du vertige de Menière, par G. LIMONTA et S. GAVAZZANI (Arch. ital. di otol., etc., sur 1903, vol. XVII, fasc. 1, p. 44.)**

Dans un cas les auteurs ont obtenu un excellent résultat par la galvanisation. L'électrode négative (de 12 centimètres carrés de surface) était appliquée à la nuque et l'électrode positive (de 3 centimètres carrés de surface) immédiatement au-devant du tragus ; le courant était augmenté progressivement jusqu'à 10, 12, 15 milliampères, sans que la malade fit aucun mouvement d'inclinaison, ni de rotation de la tête ; on cessait la galvanisation à la première apparition du vertige.

Après sept séances, l'hypéresthésie de l'oreille, étant un peu diminuée, on appliqua deux électrodes égales (de 3 centimètres carrés de surface) sur les deux tragus, le pôle positif étant placé du côté de l'oreille atteinte, avec un courant de 12 à 15 milliampères.

Après vingt-quatre séances quotidiennes d'abord, puis espacées de deux jours en deux jours, le vertige avait disparu ; les bruits subjectifs avaient diminué et l'audition s'était améliorée.

M. BOULAY.

**Statistique des cas de mastoidites opérées dans le service otologique de Boston city hospital. De mai 1903 à mai 1904, par GEORGE A. LELAND (Annals of otology rhinology laryngology, décembre 1905).**

L'auteur a opéré durant cette période 70 cas de mastoidites. Après avoir émis les réflexions que lui ont suggérées ces cas différents, l'auteur donne le détail d'une dizaine d'observations. Deux fois il a pratiqué ce qu'il appelle le *pansement au caillot sanguin* : après curetage et grattage minutieux de la cavité mastoïdienne, il laisse se remplir de sang la cavité mastoïdienne de façon à provoquer

la formation d'un caillot et suture par-dessus. Un tout petit orifice est laissé au point déclive par lequel est introduite une petite mèche destinée à drainer le sérum sanguin et à assurer la formation d'un caillot compact.

Ce caillot sanguin semble bien un excellent milieu de culture pour les bactéries qui restent forcément dans une mastoïde même minutieusement évidée. Néanmoins l'auteur a eu deux succès : guérison en quinze jours et même huit jours dans un cas.

H. CABOCHE.

**Expertise en otologie, par BAGINSKY** (*Berliner klinische Wochensch.*, n° 37, 1905).

Le plus grand nombre des cas à expertiser en otologie et en même temps les plus difficiles sont ceux portant sur les lésions du labyrinthe. La commotion du labyrinthe montre toujours la même caractéristique. Il s'agit de malades qui ont fait une chute d'une grande hauteur ou qui ont reçu un coup sur la tête. Les suites immédiates étaient ou une perte de connaissance ou un étourdissement, à la suite desquels le malade se plaint de surdité plus ou moins prononcée d'un ou des deux côtés, bourdonnements, bruissements, vertiges surtout quand il se baisse. Quelquefois le complexus symptomatique de *Ménière* est nettement prononcé ; en même temps, plaintes de fatigue, de faiblesse de caractère neurasthénique. Dans<sup>1</sup> des cas pareils, l'otologiste doit se doubler d'un neuro-pathologue et se mettre en garde contre la simulation. Le seul moyen est de faire des épreuves de l'ouïe et de répéter ces épreuves. On peut constater au diapason que le sujet a perdu la perceptibilité pour quelques sons, surtout pour les sons élevés. On pourra régulièrement constater la diminution de la perception osseuse. On constatera que chez les sujets atteints d'otopathie ancienne, une petite commotion suffit pour amener des grosses lésions de l'ouïe.

Pour l'évaluation de la rente à allouer il faudra se rappeler qu'une amélioration de l'ouïe est très rare. Un doute est toujours possible si dans les cas d'amélioration il s'est agi de commotion véritable ou d'otopathie hystérique et neurasthénique.

LAUTMANN.

## II. — NEZ

**Contribution à l'étiologie de la rhinite caséeuse**, par CALAMIDA (*Arch. ital. di otologia, etc.*, vol. XVII, f. 3, mars 1906, p. 177-197).

L'auteur rapporte huit cas personnels de rhinite caséeuse, tous unilatéraux, dont deux chez la femme, et six chez l'homme ; l'âge des malades variant de 17 à 76 ans ; l'affection siégeait six fois à gauche et deux fois à droite.

Il existait toujours comme cause première une sécrétion purulente entretenue par des lésions diverses des fosses nasales ou des sinus et toujours également une obstruction plus ou moins prononcée des narines. Aussi la matière caséeuse lui a semblé être un produit de rétention prolongée des sécrétions purulentes ; par le fait de la rétention, celles-ci subiraient des transformations et des décompositions compliquées. Il se passerait là quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans les sinusites caséesuses et dans les amygdalites cryptiques.

L'opinion que fait de la rhinite caséeuse un simple épiphénomène au cours de lésions préexistantes du nez ou des sinus trouve donc dans ce travail une nouvelle confirmation. M. BOULAY.

**Lésions de l'œil consécutives à une injection de paraffine pour corriger un nez en lorgnette**, par UNTHOFF (*Berliner klinische Wochensch.*, n° 47, 1905).

A la suite d'une injection de paraffine fusible à 43°, et injectée à la température de 46 ou 47°, la malade a remarqué brusquement pendant l'injection une cécité de l'œil gauche. Aucune douleur, la malade ne ressentait qu'un peu d'éphora, et quelques vertiges. Le lendemain, à l'examen ophtalmoscopique, on pouvait constater l'embolie de l'artère centrale de la rétine. L'état est resté stationnaire. L'auteur a eu à constater une autre lésion chez un homme de 57 ans, chez lequel un médecin a voulu corriger une difformité du dos du nez par une série d'injections de paraffine. Après la troisième injection le résultat pouvait être considéré comme relativement bon, quand un jour le malade, après un grand travail de jardinage et après sudation intense, a dû se frotter les yeux à cause d'une sensation de fourmillement et de pression. Dans la nuit, les yeux et toute la

figure sont devenus rouges et tuméfiés. Le malade ne pouvait plus ouvrir les paupières et a dû être reçu à la clinique ophtalmologique. Par excision d'une partie, on trouve que la paraffine a fusé dans les paupières. A l'examen, on constate que les paupières sont dures, les rebords poussés les uns contre les autres. Impossibilité absolue de les ouvrir. Le traitement a consisté dans l'incision des parties néoplasiques et des parcelles de paraffine. L'examen microscopique montre que la paraffine ne se trouve nulle part dans une masse compacte. On trouve des gouttelettes de paraffine entourées de tissu dense d'inflammation. Il s'est agi dans ce cas probablement de paraffine fusible à un degré relativement peu élevé. La réaction inflammatoire par la paraffine dure est moins prononcée. En conséquence la paraffine dure paraît recommandable de préférence aux autres paraffines.

LAUTMANN.

**La valeur du cornet inférieur pour la perméabilité du nez pour l'air, par FEIN (Monatsch. f. Ohrenheilkunde, n° 1 1906).**

Si nous voulons juger de la perméabilité du nez pour l'air, nous sommes obligés de nous fier aux assertions du malade, à moins que les troubles et l'organisme ne forcent l'esprit du médecin à en chercher les causes dans une insuffisance de l'aération. Les appareils inventés par Zwaardemacker, Glatzel et autres sont défectueux.

La clinique nous a appris à reconnaître quelques lésions intranasales dont la suppression augmente la perméabilité du nez pour l'air. L'observation nous montre que ces lésions occupent *dans le nez* le méat inférieur et le cornet inférieur. Or, l'expérimentation montre presque généralement que le passage de l'air pour la respiration touche à peine ces régions, et que l'air pendant l'inspiration, prend son passage au-dessus du cornet inférieur, dans l'espace commun des méats et dans le méat moyen. Kayser qui a fait aspirer de la maguésie, Franke qui a fait aspirer la fumée du tabac, Burchardt, tout en variant leurs expériences, sont arrivés aux mêmes résultats à savoir : 1<sup>o</sup> que le passage du courant inspiratoire ne diffère pas beaucoup de celui du courant expiratoire ; 2<sup>o</sup> la plus grande partie du courant respiratoire passe par le méat moyen ; 3<sup>o</sup> les parties inférieures du nez ne participent pas à la respiration.

Pourtant, la clinique est conforme à l'opinion de Frenkel, d'après lequel l'air entre principalement par le méat inférieur et par l'espace entre cornet moyen et septum, pour avancer vers la partie nasale du pharynx.

Que conclure ? Contre les expérimentateurs on pourra objecter qu'un arrangement d'expériences n'équivaut pas à une fonction naturelle. Quant aux assertions du malade, il faut admettre qu'il n'y a évidemment pas de parallélisme entre les sensations subjectives d'une perméabilité complète et les constatations objectives fournies par la rhinoscopie. Les grosses lésions sténosantes dans le méat moyen réclameront l'intervention, et, ce n'est que dans le méat inférieur, et là, par un examen détaillé du cornet inférieur, que les éventualités plus spéciales d'une sténose possible seront à considérer. Pour cela, Fein propose de distinguer cinq points pour l'examen : le pôle antérieur, le pôle postérieur, la partie libre regardant vers le plancher, la partie moyenne dirigée contre le septum, et la partie supérieure regardant vers le méat moyen. Chacune de ces parties peut, soit par congestion, soit par hypertrophie être la cause d'une sténose passagère ou permanente. A ce propos Fein répète les notions classiques sur l'obstruction par l'hypertrophie polypoïde de la tête du cornet inférieur, la sténose par soupape de la queue du cornet, etc.

Concluant d'après les expériences, Fein croit que la partie du cornet inférieur formant la base du méat moyen pourra faire l'objet d'une intervention contre la sténose. LAUTMANN.

**Tamponnement du nez et du cavum, par LENHOFF (Archiv. f. Laryng., Bd XVIII, n° 4).**

Le tamponnement du nez exécuté de façon à rendre service le cas échéant, devient toujours pénible au malade et instinctivement l'opérateur évite de le faire autant que possible. Lennhoff paraît particulièrement abhorrer ce tamponnement et si l'expérience personnelle de chacun de nous ne nous mettait pas en garde, on courrait volontiers à ne faire le tamponnement qu'après les opérations exécutées sur la muqueuse du septum et sur le cornet moyen, à moins qu'il ne s'agisse de malades artério-scléreux ou anémiques chez lesquels le tamponnement est de rigueur après toutes les interventions sanguines dans le nez quelles qu'elles soient.

Avec les anesthésiques modernes un tamponnement antérieur peut paraître suffisant et exposer tout de même le malade à une hémorragie abondante quand, quelques heures après l'opération, la vaso-dilatation se fait. L'auteur décrit, avec assez d'humour, l'effroi du malade, l'embarras d'un médecin consulté d'urgence qui, après un vain essai d'arrêter l'hémorragie avec la sonde de

Belloc (elle ne marche pas !) envoie le malade ou à l'hôpital ou à l'opérateur. Pour éviter tous ces inconvénients l'auteur nous propose l'emploi de son tampon en forme d'accordéon (zugsheifen tampon). Une mèche en gaze est roulée en forme d'accordéon le long d'un fil. Cette spirale formant tampon est introduite dans le nez jusqu'au cavum pendant qu'un assistant tient l'autre bout déroulé de la spirale entre ses mains. L'opérateur pousse le tampon jusqu'à ce qu'il tombe dans le cavum où il produit le réflexe. A ce moment l'assistant tire le fil autour duquel la mèche de gaze est enroulée et soulève le bout jusqu'à ce qu'il rentre de nouveau dans la choane. On fixe le fil. Le long du fil comme sur un mandrin, on repousse maintenant la mèche de gaze contre le bout de la spirale fixé dans la choane et on transforme de cette façon la spirale en un tampon obstruant. Le tampon devient d'autant plus serré qu'on tire plus fort sur le fil conducteur. On coupe de la mèche suffisamment pour laisser un bout de 0<sup>m</sup>,10 dans lequel on fixe un tampon de coton qu'on pousse dans le nez.

Il est évident que si l'on fait ce tamponnement en pleine hémorragie, il sortira, au moment où l'opérateur tire sur le fil, une masse de sang qui sera comme exprimée par le tampon qui se resserre. Il faut prévenir le malade de cette possibilité pour lui éviter une peur inutile et pour l'empêcher de retirer brusquement la tête en arrière, mouvement par lequel le tampon tout entier pourrait être tiré en dehors.

L'ablation du tampon est très simple. On trouve ce tampon accordéon dans la fabrique de pansements Hartmann qui prépare des étuis contenant des tampons d'une longueur de 1 mètre et de 1<sup>m</sup>,50 et de deux largeurs de 0<sup>m</sup>,04 et de 0<sup>m</sup>,2 1/2.

LAUTMANN

**La résection sous-muqueuse de la cloison, exécutée d'après la méthode de Otto FREER (Archiv. f. Laryng., Bd. XVIII, n° 1).**

Rassurons ceux qui, exécutant la résection de la cloison d'après Killian, craignent d'avoir à apprendre une nouvelle technique. Dans ce travail très connu chez nos confrères en Allemagne et en Angleterre, Freer nous décrit sa technique qui ne varie de celle de Killian que dans quelques détails et surtout dans l'emploi de quelques instruments spécialement construits.

*Position du malade.* — La plus grande partie de la résection est exécutée sur le malade à moitié couché. Le malade est assis seulement quand il s'agit d'enlever les parties osseuses du plancher.

*Anesthésie.* — On frotte la solution d'adrénaline 1 % sur les deux côtés de la déviation. Au bout de 3 à 5 minutes, on applique largement de la cocaïne en poudre. Au bout de cinq autres minutes, l'opération peut commencer. Si nécessaire, on applique de nouveau la cocaïne au cours de l'opération. Freer ne fait pas d'injection sous-muqueuse et il a pu opérer de cette façon des enfants de 7 à 10 ans, mais il est préférable d'ajouter un peu de chloroforme chez les enfants.

*L'assistance* comporte deux aides dont l'un s'occupe de l'hémostase et l'autre de l'écartement de l'aile du nez, à l'aide d'un rétracteur spécialement construit.

Donc pas de spéculum.

*Incision de la muqueuse.* — L'incision la plus fréquemment faite a la forme d'un L ouvert en arrière, mais elle peut être variable et être remplacée quelquefois par une simple incision verticale allant de la hauteur du septum jusqu'à la base du plancher. Les incisions sont faites avec des bistouris spéciaux.

*Séparation de la muqueuse.* — Pour cette partie délicate de l'opération, l'auteur a construit deux « élévateurs » spéciaux, l'un très mince mais non coupant, l'autre avec lame tranchante sur deux côtés. Ces instruments comme tous les instruments de Freer ne sont pas coudés.

*Section du cartilage.* — Freer fait la section du cartilage avec un bistouri spécial. Il n'introduit pas le petit doigt dans la narine opposée, car en faisant ceci on expose plutôt la muqueuse à la section qu'on ne la garantit. Avant de faire la section du cartilage on tire le lambeau antérieur avec un double crochet et on sectionne maintenant le cartilage parallèlement au dos du nez le long de la base de ce lambeau.

A cette première incision du cartilage, on ajoute une deuxième le long de la base du septum. On fait ainsi un lambeau cartilagineux avec la base en arrière. La séparation de la muqueuse du côté concave est rendue quelquefois très difficile ; parfois il faut se contenter de dénuder le cartilage peu à peu et de sectionner au fur et à mesure qu'on l'a dénudé. Généralement le lambeau cartilagineux donne un accès suffisamment grand vers la concavité et permet de suivre le mouvement de l'« élévateur ».

*La résection du cartilage* se fait avec le couteau de Ingal. Généralement le morceau est enlevé d'une pièce et même quand il est impossible de faire de larges incisions dans le cartilage, le couteau de Ingal permet la section des petits morceaux et les ramène grâce à sa forme de crochet. Freer se sert de moins en

moins de la pince coupante et on voit qu'il n'est pas fait mention du spéculum de Killian.

S'agit-il de la résection d'une déviation osseuse, l'opération devient excessivement délicate et peut durer plus d'une heure. Ici on ne peut pas se passer de pince coupante, qui est préférable à la gouge excepté dans l'ablation de la crête incisive. La pince dont se sert l'auteur est la modification de la pince de Grünwald. Ces pinces sont construites par couple pour que chaque côté la cuillère non mobile puisse se glisser sous la muqueuse du côté convexe.

*Tamponnement.* — Un tissu spécial molletonné, « sterilized absorbent lint » est découpé en lanières de 1/2 centimètre sur 0<sup>m</sup>,25. Ces lanières sont trempées dans la poudre de bismuth. La lanière est pliée en deux ; tenue entre le pouce et l'index, elle est tendue avec une sonde appuyant contre le pli et, ainsi tenue, la lanière est introduite dans la cavité convexe derrière la fenêtre et posée sur le plancher. On pose en étages ainsi plusieurs lanières. Ce pansement reste cinq jours.

Le secret de la réussite de l'opération consiste à travailler minutieusement. L'hémorragie pendant l'opération quoique peu grave est gênante et fait perdre beaucoup de temps. Ces deux raisons expliquent pourquoi le chirurgien ne doit pas mettre son ambition à exécuter rapidement cette opération. LAUTMANN.

**Résection sous-muqueuse des déviations et éperons du septum,**  
par SAINT-CLAIR THOMSON (*Médi. chirurgical Transaction*).

Ce travail a été communiqué à la Société royale de médecine et de chirurgie à Londres. Dans la discussion qui a suivi la lecture, Dundas Grant, après avoir rappelé que le procédé suivi par Saint-Clair Thomson, était celui indiqué par Killian, s'est déclaré partisan de l'opinion de Zarniko qui demande que chaque rhinologue puisse exécuter correctement de cette opération.

Saint-Clair Thomson a l'habitude de préparer pendant trois jours ses malades pour l'opération. Il défend pendant ce temps l'alcool, le tabac. La veille il purge le malade. Par ces précautions, l'hémorragie pendant l'opération est diminuée. Il opère maintenant sous anesthésie locale par *badigeonnage* à l'adréno-cocaïne. Le malade est couché. L'incision de la muqueuse est faite avec un court bistouri en baïonnette, la pointe tranchant partout. L'incision est à 1/2 centimètre entre la jonction de la peau et de la muqueuse et parallèle au septum cutané. On traversera du premier coup le cartilage jusqu'à la muqueuse opposée.

La suite de l'opération se fait d'après le procédé classique. A la place du spéculum de Killian, Thomson se sert du spéculum de Thudichum dont il a un peu allongé les valves. De même, pour la résection du cartilage, à la place du petit instrument de Killian, il se sert d'un instrument à peu près analogue, la partie tranchante fixée sur pivots (Ballenger's savivel septum knijs).

Thomson insiste, comme tous les auteurs avant lui, sur les réelles difficultés qu'offrent les parties osseuses, surtout l'apophyse du maxillaire supérieur. L'ablation de ces parties se fait avec une pince coupante ou avec des ciseaux.

Un ou deux points de suture dans la muqueuse, léger tamponnement avec du coton trempé dans de la vaseline, repos au lit pour la journée, compresses glacées sur la racine du nez constituent le reste. Les tampons sont enlevés le lendemain ; défense est faite au malade de se moucher. Le résultat est complet au bout de sept à dix jours.

*Difficultés de l'opération.* — Insuffisance de l'anesthésie. Le procédé d'anesthésie exposé suffit pour les cas non compliqués. L'infiltration de cocaïne n'est pas recommandable. Dans les cas compliqués, l'ablation des parties osseuses peut être ressentie douloureusement. Thomson administre le chloroforme seulement sur demande expresse du malade.

*Perforation de la muqueuse.* — Si d'un côté la muqueuse est complètement détachée, la perforation de l'autre côté a moins d'importance. La perforation de la muqueuse reste permanente si les deux muqueuses sont trouées au même niveau. Une perforation permanente située très en arrière est sans importance.

*Objections antérieures.* — Les adhérences entre la convexité et le cornet inférieur ou l'adhésion de deux muqueuses du septum entre elles peuvent offrir de grandes difficultés pour la séparation.

*Oppositions faites à cette opération.* — L'excision d'une grande partie du septum exposerait le nez à des déformations. Cette objection est réfutée par les cas guéris sans aucune difformité du nez. Au contraire, c'est l'opération précisément indiquée pour corriger surtout le déplacement du septum dans une des narines. Il faut exécuter une véritable résection fenestrée, c'est-à-dire, laisser une partie suffisante au-dessous du dos du nez et derrière le septum cutané. La solidité du nez ne souffre pas après l'opération. Quatre opérés de Freer ont reçu des coups sévères sur le nez causant épistaxis et survenus même une semaine après l'opération, sans inconvenient pour la forme externe du nez, ni pour le sep-

tum nouvellement reconstruit. On incrimine la longueur et la difficulté de l'opération ; cette longueur est inévitable, mais la durée de trois heures nécessaire pour les premiers cas a été réduite par Thomson à moins de la moitié pour les derniers cas (Freer 1 heure, White 1 heure et demie, Coolidge jien de 1 à 2 heures, Cohn 2 heures et demie, Stepanow de 1 à 3 heures et demie). L'opération demande une habileté spéciale et Zarniko la déclare la plus difficile de toutes les opérations intra-nasales. En suivant la méthode et en employant les instruments de Thomson on simplifie considérablement l'opération. L'opération est impraticable chez les malades au-dessous de 17 ans. Chez les enfants, l'anesthésie générale serait nécessaire et les cavités nasales trop étroites pour opérer commodément. Les instruments sont nombreux et coûteux. La boîte de Freer contient à peu près vingt instruments, celle de Killian demande des instruments différents pour le côté gauche et le côté droit (?)

A l'avenir, l'arsenal pour cette opération sera probablement allégé. Pour le moment voici les instruments nécessaires : 1<sup>o</sup> spéculum ordinaire de Thudichum ; 2<sup>o</sup> long spéculum de Thudichum ; 3<sup>o</sup> bistouri en baïonnette, avec pointe arrondie tranchante sur toute sa circonférence ; 4<sup>o</sup> et 5<sup>o</sup> séparateur émussé et tranchant, ils doivent être très effilés et étroits pour pouvoir travailler autour des angles et dans les cavités ; 6<sup>o</sup> couteau de Ballinger ; 7<sup>o</sup> pince de Hartmann, 8<sup>o</sup> et 9<sup>o</sup> gouge et maillet, 10<sup>o</sup> et 11<sup>o</sup> aiguille et porte-aiguille, 12<sup>o</sup> pince de Freer ou de Jansen.

Les avantages et les indications spéciales de cette opération, sont énumérés. Parmi les contre-indications, relevons que chez les personnes âgées, Thomson n'exécute pas cette opération ; l'accoutumance s'étant faite au tube vicié de la respiration.

A la fin de son travail, l'auteur fait un court résumé des 30 cas opérés par lui.

Voici le n<sup>o</sup> 18. — Malade âgé de 20 ans, envoyé par Sir William Broadbent se plaint d'un catarrhe nasal, d'obstruction nasale. A été opéré 3 fois pour végétations adénoïdes à l'âge de 7, 14 et 15 ans. Dans le pharynx on voit des cicatrices et des adhérences entre le pilier postérieur et la paroi du pharynx. La luette manque et d'un côté le voile du palais est fixé par adhérence traumatique. Reste de végétations adénoïdes. Etroitesse des deux cavités nasales. Le cartilage quadrilatéral luxé dans la narine gauche. La cavité droite complètement obstruée par une déviation et un éperon. Le malade réclame le chloroforme. La muqueuse de la concavité est perforée pendant l'opération. Muqueuse opposée intacte. Deux

points de suture. Huit jours après, respiration libre, pas de perforation du septum.

LAUTMANN.

**Les résultats de l'opération de Desault dans la suppuration du sinus maxillaire, par KOELBREUTTER (*Munchen. Mediz. Wochensch.* n° 9, 1906).**

Le mieux est l'ennemi du bien. On a eu tort de modifier l'ancienne opération de Desault et de la remplacer ensuite par des procédés avec controuverture dans la cavité nasale. Sebileau (*Annales*, n° 12, 1905), pratique exclusivement l'opération de Desault et à quelques modifications près, c'est la même opération uniquement qu'on pratique à la clinique du prof. Körner, quand après un traitement par des lavages continus pendant trois semaines, la sinusite n'est pas guérie. Les résultats sont excellents puisque sur 66 opérations pratiquées entre 1901 et 1904, 61 cas, tout dernièrement examinés, ont été trouvés radicalement guéris, car, à l'inspection, on ne trouvait ni pus, ni croûtes dans le nez.

De ces 66 cas, 8 cas étaient de cause dentaire ; sur le reste l'origine était inconnue. Cinq cas étaient en même temps atteints d'ozène, 1 cas de tertiarisme, 35 cas montraient une combinaison avec ethmoidite. Tous ces cas ont été d'abord débarrassés de leur ethmoidite. Sept cas avaient en même temps une sinusite frontale, dont trois des deux côtés, et trois fois il y avait sinusite sphénoidale. Les 5 cas non guéris de leur sinusite maxillaire étaient précisément ceux combinés de sinusite ethmoidale.

La plaie opératoire de la fosse canine s'est fermée quarante-deux fois. Quatorze cas ont gardé une fistule.

Quant à la technique, elle a été de plus en plus simplifiée. Depuis 1904, elle est faite sous anesthésie locale. Incision dans la fosse canine à 1 centimètre et demi du bord alvéolaire, traversant muqueuse et périoste. Rugination. Ouverture large de la paroi faciale mise à nu du récessus pré-lacrymal et du récessus alvéolaire, curetage soigneux de toute la muqueuse (Lampe frontale, curettes tranchantes et de tailles différentes). Lavages à l'eau oxygénée, tamponnements légers. Le troisième jour le tampon est enlevé, le sinus est lavé. Dans la suite on examine la plaie (spéculum Killian), on fait des lavages et on introduit un tampon à la gaze. Après trois semaines on n'introduit plus de tampons, on lave encore tant que c'est possible. Il n'est pas probable que la fistulisation du sinus soit plus favorisée par ce traitement. Ces fistules ont du reste une tendance à se fermer. Cette opération est, comme Sebileau l'a dit, une bonne opération.

LAUTMANN.

## III. — LARYNX

**Sur la guérison de la tuberculose du larynx, par ARTHUR ALEXANDER (Berliner klinische Wochensch., n° 9, 1906).**

Dans cet article, Alexander s'élève contre le pessimisme avec lequel les laryngologistes, en général, traitent la tuberculose du larynx. L'auteur est loin de préconiser un traitement unique, médical ou chirurgical contre la phthisie du larynx. La plupart du temps, il a été obligé de combiner le traitement opératoire (curetage et résection partielle) avec le traitement médicamenteux et hygiénique. L'auteur nous décrit en détail l'histoire de six malades dont l'analyse détaillée ne nous paraît pas nécessaire, d'autant que chez deux des malades au moins la guérison a été absolument indépendante du traitement et pouvait être considérée comme affaire du hasard. Mais comme chez ces deux malades, l'affection pulmonaire a évolué après guérison de la laryngopathie, le pronostic de la laryngopathie a été une fois de plus indépendant de la bacilleuse générale. Nous apprenons de l'histoire du premier cas de l'auteur qu'à la clinique Fraenkel, on observe comme règle d'entreprendre le traitement chirurgical de la laryngite tuberculeuse seulement après une longue observation du malade, pour se rendre compte que la marche de l'affection n'est pas trop rapide. Dans les cas de phthisie galopante du larynx toute intervention est à déconseiller.

LAUTMANN.

**Le traitement chirurgical de la tuberculose du larynx, par FINGER (Berliner klinisch. Wochensch., n° 9, 1906).**

La possibilité de la guérison de la tuberculose soit spontanément, soit par le traitement général seul ou combiné avec un traitement local est, aujourd'hui, généralement admise (exception, von Schroetter). Le traitement local consiste en l'emploi du menthol, de l'acide lactique, sulforcinat de phénol, l'acide trichloracétique, le formol, etc. La galvanocaustie est plus rarement employée et encore moins l'électrolyse.

Supérieur à ces traitements est le traitement chirurgical à condition de l'employer bien et dans des cas indiqués. Il est incontestable aussi qu'il faut compter avec une *vis sanatrix* particulière à chaque malade.

Pour le traitement chirurgical, il est important que la lésion

soit bien localisée et pas trop profonde. Il ne faut pas attaquer un larynx dont les fausses et les vraies cordes sont infiltrées et ulcérées, ou quand toute l'entrée du larynx est rigide par infiltration. Par contre, si la lésion consiste en une ulcération isolée de la paroi postérieure, ou si une seule corde est infiltrée et ulcérée, ou, si avec un larynx intact, l'épiglotte ou un pli aryépiglottique porte une lésion tuberculeuse ou, bien entendu, s'il s'agit d'un tuberculome l'opération est indiquée. Mais on ne peut pas formuler de schéma, l'habileté et l'habitude de l'opération laissent trop de variantes.

L'état des poumons ne paraît plus si important pour l'indication de l'opération que le font croire les manuels classiques. À part la cachexie et la fièvre, l'état général ne donne plus de contre-indication pour l'emploi de la curette et de la pince coupante.

Le rôle que joue la trachéotomie dans le traitement de la tuberculose laryngée est très controversé. Si Schmidt l'a conseillée comme intervention de règle, il a trouvé Henrici comme adepte tant qu'il s'agit de la phthisie laryngée chez les enfants, chez lesquels le traitement endo-laryngé est impraticable. Nous n'insistons pas sur le rôle prophylactique de la trachéotomie dans la sténose et la dysphagie, dans la laryngite tuberculeuse et nous nous contentons de mentionner la vue encore théorique de Kuthner sur l'emploi de la trachéotomie dans la laryngite compliquée de gravidité. La thyrotomie trouve un défenseur enthousiaste en Goris et en Hansberg. Quant à l'extirpation totale du larynx pour tuberculose, Gougenheim a écrit en 1884 : « Probablement cette opération n'entrera jamais dans la pratique chirurgicale de la thérapeutique laryngienne ». Malgré quelques essais ce radicalisme ne semble pas avoir gagné les laryngologistes. LAUTMANN.

## NOUVELLES

### Congrès et Sociétés savantes.

Le Congrès International de rhino-laryngologie aura lieu, à Vienne, en 1908 sous la présidence d'honneur de M. le conseiller aulique Prof. V. SCHRÖTER.

*Règlement.* — Art. 1. : Le Congrès international de rhino-laryngologie se tient, à Vienne, du 21 au 28 avril 1908, à l'occasion du cinquantième anniversaire de la Société de rhino-laryngologie et de la solennité en l'honneur de TÜRK-ZEERMANN.

Art. 2 : Seront seules admises les communications d'un ordre scientifique. Une exposition d'instruments, préparations, etc..., sera également installée.

Art. 3 : Les titres des communications seront reçus par le secrétaire jusqu'au 31 décembre 1907 au plus tard.

Art. 4 : Les communications seront insérées au programme dans l'ordre de leur envoi. Les communications envoyées après le 31 décembre 1907 s'inscriront après épuisement du programme arrêté à cette date.

Art. 5 : Les langues officielles du Congrès sont l'Allemand, l'Anglais, le Français.

Art. 6 : Il est accordé vingt minutes à chaque orateur pour faire sa communication. Dans la discussion, il est accordé cinq minutes pour la réponse et une seule fois pour la même communication.

Art. 7 : Un court résumé des rapports et communications rédigé dans une des trois langues admises sera envoyé au secrétaire, au plus tard, le 31 décembre 1907.

Art. 8 : Le montant de la cotisation est fixé à 25 couronnes ou 20 marks et doit être envoyé au trésorier, le Dr GOTTFRIED SCHAFER, Vienne, I, Hobermarkt, n° 4, ou aux délégués des Sociétés laryngologiques. En échange de ce versement une carte de congressiste sera délivrée.

Art. 9 : Chaque congressiste recevra une médaille commémorative représentant les effigies de Tück et de Czerny.

Les non participants pourront se les procurer pour la somme de 20 couronnes.

Art. 10 : Chaque congressiste a droit au compte rendu imprimé.

Le secrétaire : Prof. GROSSMANN, IX, Garnisongasse, n° 10, Vienne.

Le président : Prof. O. Ciliari, I, Bellariastrasse, n° 12, Vienne.

#### Nominations. — Distinctions honorifiques.

##### *Administration générale de l'assistance publique à Paris.*

Le prix *Filloux* (prix d'otologie) pour 1906 a été décerné à M. BALDENSTECK, interne des hôpitaux, et à M. Poyer, externe des hôpitaux.

L'académie de médecine a décerné le prix *Meynot 1906* à notre collaborateur M. ROBERT LEROUX, pour son mémoire sur la *paralysie au spinal d'origine otique*.

VIN DE CHASSING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

Poudre laxative de VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

#### OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Die Therapie chez Kehlkopftuberkulose mit besonderer Rücksicht auf den galvanokaustischen Tiefenstich und äussere Eingriffe, par Ludwig Grünwald, Lehmann, éditeur, Munich. 1907.

De la paralysie du moteur oculaire externe d'origine otique, par SAMUEL HEYRAUD, Th. de Lyon, 1906, Rey, édit.

The cure of chronic suppuration of the middle ear without removal of the drum or ossicles or loss of hearing, par Cn.-J. HEATH (Extr. de *The Lancet*, aout 11, 1906).

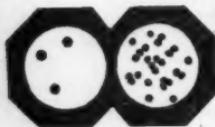
Neuf cas d'extraction de corps étrangers de l'oesophage chez l'enfant au moyen d'une pince à branche glissante, sous l'examen radioscopique dans l'examen latéral, par ER. HENRARD, Pollennis et Centerick, édit., Bruxelles, 1906.

**Benzoealypol** (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (Voir aux Annonces).

## CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'Anesthésie, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



## HEMOGLOBINE DESCHIENS

FER ORGANIQUE VITALISÉ, OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE

La seule contenant les oxydases du sang.  
ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, DÉBILITÉ. — Sirop, Vin, Granulé.

# OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :  
ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, &c.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

(Coca-Théine analgésique Pausodin)

**CÉRÉBRINE** Médicament spécifique des **MIGRAINES**

et des **NEVRALGIES REBELLES**

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Pétersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

Le Gérant : MASSON et Cie.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

## TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1906

(32<sup>e</sup> VOLUME, 2<sup>e</sup> PARTIE)

### TABLE DES NOMS D'AUTEURS

*Les titres des mémoires originaux sont composés en caractères gras.*

	Pages
<b>Aka.</b> — Trois cas de corps étrangers de l'œsophage. . . . .	305
<b>Alexander (A).</b> — Sur la guérison de la tuberculose du larynx. . . . .	613
<b>Alezais.</b> — Dédoublement de la corde vocale inférieure. . . . .	507
<b>Alt.</b> — Deux cas de méningite tuberculeuse consécutive à une inflammation suppurée aiguë de l'oreille moyenne, chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire au premier degré. . . . .	267
— Paralysie du muscle abducteur de l'œil, de cause otogène. . . . .	267
— Obturation du sinus par tissus fibreux. . . . .	470
<b>Association laryngologique américaine.</b> — 37 <sup>e</sup> congrès annuel tenu, à Atlantic City, 1-3 juin 1905 . . . . .	61
<b>Baginsky.</b> — Expertise en otologie . . . . .	603
<b>Ballenger (W. L.).</b> — La résection sous-muqueuse du septum nasal. Nouvelle technique à l'aide du nouveau bistouri à bascule de l'auteur, réduisant la durée moyenne de l'opération à quelques minutes . . . . .	485
<b>Barany.</b> — Expériences sur le nystagmus provoqué par l'oreille. . . . .	271
<b>Bargy (M.).</b> — Abcès de la cloison nasale. . . . .	70
<b>Barth.</b> — Paralysie faciale consécutive à la mastoidite de Bezold. . . . .	413
<b>Baumgarten.</b> — Néoplasme du larynx ? . . . . .	282
— Hémangiome de l'amygdale et de la langue . . . . .	282
— Un cas de lupus du larynx . . . . .	283
<b>Bayd-Stanley et Unwin (W. H.).</b> — Cancer de la bouche et de la gorge. . . . .	316
<b>Beco.</b> — Polype naso-pharyngien fibro-sarco-enchondromateux. Extirpation; mort dans le collapsus . . . . .	498
<b>Bellin.</b> — Kyste dermoïde du dos du nez. . . . .	38

	Page
<b>Benda.</b> — Sténose syphilitique de la trachée . . . . .	52
<b>Bénet (J.).</b> — Les mastoidites d'emblée. . . . .	287
<b>Berg.</b> — Corps étranger du larynx . . . . .	82
<b>Bergh.</b> — Troubles nerveux consécutifs à la tonsillotomie . . .	204
<b>Bhem.</b> — La mensuration du son. . . . .	573
<b>Bichelonne (H.).</b> — Zona occipito-cervical bilatéral précédé d'une angine aiguë . . . . .	314
<b>Bing.</b> — Otite moyenne chronique et destruction du tympan. . . . .	268
<b>Blanc (A.).</b> — Lymphadénome de l'amygdale . . . . .	284
<b>Blanc.</b> — Polype de l'amygdale . . . . .	313
<b>Blau.</b> — Le pavillon chez les aliénés et chez les criminels . . . . .	573
— — Obturation expérimentale de la fenêtre ronde. . . . .	573
<b>Block.</b> — Surdité et rétinite pigmentaire . . . . .	574
<b>Bœsch.</b> — L' aqueduc du vestibule comme voie d'infection . . .	416
<b>Börger.</b> — Corps étranger du nez . . . . .	50
<b>Bosviel.</b> — Un cas de péricondrite du cartilage thyroïde. . .	38
<b>Botella.</b> — Paralysie faciale double d'origine otique . . . .	408
<b>Botey (Ricardo).</b> — Le radium en oto-rhino-laryngologie. .	101
— — — Un cas de méningite et de thrombo-phlébite des deux sinus caverneux d'origine otique. Trépanation totale pénétrante du crâne. Drainage de la cavité arachnoïdienne. Mort. . . . .	405
— — — — Un cas d'épistaxis particulièrement rebelle.	495
— — — — Un cas de rhinolithe colosse (110 grammes).	496
— — — — Les polypes du laryngo pharynx. . . . .	510
<b>Bouyer (fils).</b> — Hyperesthésie et paresthésie pharyngées. . .	201
<b>Bóval.</b> — Balle de revolver ayant traversé le larynx . . . .	177
— — Corps étranger de l'œsophage. . . . .	178
<b>Brindel.</b> — Un cas de kyste osseux de l'arrière-fosse nasale gauche. Dilatation ampullaire d'une cellule ethmoidale postérieure . . . . .	506
<b>Broca.</b> — Adéno-phlegmon latéro-pharyngien. Ulcération de la carotide externe . . . . .	88
<b>Brœckaert.</b> — Pinces à polypes naso-pharyngiens . . . . .	180
— — — Cas d'ozène guéri par des injections sous-muqueuses de paraffine depuis plus de trois ans . . . . .	187
— — — Inclusion normale et pathologique de paraffine molle et de paraffine solide dans les tissus. Projections de coupes microscopiques . . . . .	195
— — — Sur l'étiologie de l'ozène avec projections de coupes microscopiques . . . . .	195
— — — — Un cas de pseudo-leucémie simulant la prétendue maladie de Mikulicz . . . . .	200
<b>Brœckaert (J.).</b> — Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes sérénous du cou. . . . .	304
<b>Bross.</b> — Extraction de polypes chez un hémophile. . . . .	479
<b>Bruhl.</b> — Contribution à l'anatomie pathologique de l'appareil auditif. . . . .	416
<b>Cabache (Henri).</b> — Tuberculose nasale et méat inférieur; deux cas de tuberculose naso-lacrymale. . . . .	244
<b>Caldeira Cabral.</b> — Un cas de végétations adénoïdes suivies, après leur ablation, de l'apparition sur place d'un myxo-sarcome végétant. . . . .	162
<b>Calamida.</b> — Symptômes, diagnostic, pronostic, traitement des sarcomes endo-nasaux . . . . .	44
— — — Contribution à l'étiologie de la rhinite caséuse. .	604
<b>Campiolini et Orlandini.</b> — Résultats des 25 premiers cas de cure radicale de suppuration chronique du sac lacrymal par la méthode de Totti. . . . .	47

## TABLE DES NOMS D'AUTEURS

619

	Pages
<b>Campo (Gonzalez del).</b> — Aérophagie inconsciente . . . . .	167
<b>Capart (père).</b> — Fibromes naso-pharyngiens . . . . .	187
<b>Capart (A.).</b> — Des indications opératoires dans le traitement des sinusites . . . . .	501
<b>Chiari (O.).</b> — Contribution au diagnostic différentiel entre les papillomes durs et les proliférations gommeuses du larynx . .	506
<b>Citelli.</b> — Corps étrangers particuliers de l'oreille et du nez, et rhinolite primitive . . . . .	289
— Spasme clonique du stapedius et des autres rameaux du facial . . . . .	300
<b>Collet.</b> — Une série d'opérés d'évidement éthmoidal par voie endonasale . . . . .	184
<b>Corner Edred (M.) Fairbank (H. A. T.).</b> — Sarcome de l'œsophage . . . . .	315
<b>Costiniu.</b> — Le premier cas de rhinosclérome observé en Roumanie . . . . .	69
<b>Couteau et Gellé (G.).</b> — Sarcome de la région hypophysaire et de la base du crâne avec prolongement pharyngien . . . . .	266
<b>Covölgyi.</b> — Sinusite frontale bilatérale de nature syphilitique .	280
<b>Crouzillac.</b> — Microrhinie et conchotomie . . . . .	121
<b>Curschmann.</b> — Sur les déviations de la trachée et du larynx, consécutives à quelques maladies intra-thoraciques . . . . .	84
<b>Delneuville (E.).</b> — Un cas de complication oculaire de sinusite sphénoïdale . . . . .	71
<b>Delsaux (C. E.).</b> — Tuberculose de la cloison, lupus du nez, coupes microscopiques . . . . .	177
<b>V. Delsaux.</b> — Le rhino-fantôme de Killian [en photographie stéréoscopique] . . . . .	176
— Instruments laryngiens . . . . .	182
<b>Delstanche.</b> — Traitement de l'othématome . . . . .	201
<b>Denker.</b> — Extraction des corps étrangers de l'œsophage et de la trachée par l'œsophago et trachéoscopie . . . . .	92
— Contribution à l'opération radicale de la sinusite maxillaire chronique . . . . .	502
— Nouvelle méthode opératoire pour les tumeurs malignes du nez . . . . .	572
<b>Dionisio.</b> — La radiothérapie de l'ozène . . . . .	46
<b>Dionisio (J.).</b> — Vingt cas d'otite suppurée chronique traités par la radiation . . . . .	592
<b>Diriart et Rozier.</b> — Paralysie récurrentielle par compression thyroïdienne. Thyroïdectomie. Guérison . .	254
<b>Dominguez.</b> — La douleur dans les mastoidites . . . . .	590
<b>Donogany.</b> — Traitement des sinusites aiguës du nez . . . . .	280
<b>Downie (Walker).</b> — Atrésie nasale . . . . .	68
— Démonstrations sur les suppurations des sinus accessoires du nez, avec projections, présentation de malades et pièces anatomiques . . . . .	74
— Corps étranger (pièce dentaire) resté trois mois dans la trachée. Extraction . . . . .	80
— Corps étranger de la trachée (morceau de houille) chez un enfant de 15 mois . . . . .	80
<b>Duchesne.</b> — Traitement chirurgical des rétrécissements de l'œsophage . . . . .	192
<b>Dumbar.</b> — Cause et traitement du rhume des foins . . . . .	480
<b>Eckstein.</b> — Sur les injections et les implantations de paraffine dans les plastiques nasales et faciales . . . . .	575
<b>Edred Corner (M.) Fairbank (H. A. T.).</b> — Sarcome de l'œsophage . . . . .	315
<b>Erdheim.</b> — Sur le cholestéatome . . . . .	294

	Pages
<b>Escat (E.).</b> — Comment on mouche les enfants du premier âge.	394
<b>Eschweiler.</b> — Contribution à l'anatomie pathologique des sinusites.	504
<b>Èspenschied.</b> — Sur le rapport entre la carie du rocher et la névrite optique.	296
<b>Fairbank (H. A.).</b> <b>Edred Corner (M.).</b> — Sarcome de l'oesophage.	315
<b>Fallas.</b> — Quelques cas de sténose laryngée.	189
<b>Fallas (A.).</b> — Relevé statistique du service d'oto rhino-laryngologie de l'hôpital Saint Jean de Bruxelles.	314
<b>Fallas et Parmentier.</b> — Papillomes des cordes vocales.	488
<b>Falta (Marcel).</b> — Sur les relations du nez et de l'appareil genital de la femme.	480
<b>Faure (J. L.).</b> — Technique de l'extirpation des tumeurs malignes du maxillaire supérieur.	306
<b>Fein.</b> — La valeur du cornet inférieur pour la perméabilité du nez pour l'air.	605
<b>Félix (Eugène).</b> — Les causes de la paralysie complète du nerf laryngé inférieur ou récurrent.	75
— — — Le morcellement de l'amygdale palatine.	313
<b>Finder.</b> — Le traitement chirurgical de la tuberculose du larynx.	614
<b>Fiocre.</b> — Un cas d'hémorragie primitive du naso pharynx.	39
<b>Fiocre (L.) et Weissmann (E.).</b> — Le sinus et les sinusites maxillaires chez les nouveau-nés.	225
<b>Fournié.</b> — Volumineux polype muqueux maxillo nasal.	265
<b>Frankl-Hochwart.</b> — Sur le vertige de Ménière.	572
<b>Freer (Otto T.).</b> — Déviation de la cloison nasale. Revue critique des méthodes de redressement par la résection fenestrée avec une statistique de cent seize opérations.	486
<b>Freer (Otto).</b> — La résection sous-muqueuse de la cloison.	607
<b>Frey (Hugo).</b> — Contribution à l'anatomie de l'os temporal.	473
<b>Frey (H.) et Fuchs (A.).</b> — Sur l'épilepsie réflexe d'origine nasale, auriculaire et pharyngienne.	141
<b>Fuchs (A.) et Frey (H.).</b> — Sur l'épilepsie réflexe d'origine nasale, auriculaire et pharyngienne.	141
<b>Furet (Francis).</b> — Méningite cérébro spinale à pneumocoque, d'origine otique.	11
— — — Quelques considérations sur le traitement de la sinusite maxillaire.	500
<b>Garel (J.).</b> — <b>Gomme de la bifurcation des bronches.</b> Considérations sur la valeur diagnostique de la toux de compression dans les tumeurs du médiastin.	1
<b>Gavazzani (S.) et Limonta (G.).</b> — Contribution au traitement du vertige de Ménière.	602
<b>Geillé (G.) et Coutela.</b> — Sarcome de la région hypophysaire et de la base du crâne avec prolongement pharyngien.	266
<b>Gluck.</b> — Des opérations sur le larynx et le pharynx.	275
<b>Gerke.</b> — Altérations du labyrinthe consécutives à la ménigité épidémique.	573
<b>Goris.</b> — Phénomènes récurrentiels consécutifs à une thyroïdectomie.	185
— — — Résection totale du maxillaire pour carcinome du maxillaire supérieur, de l'ethmoïde et du sinus sphénoïdal.	186
— — — Un cas d'autoplastie du pavillon de l'oreille après ablation d'un épithélioma.	401
<b>Gronbech.</b> — Pharyngo-laryngite fibrineuse.	272
<b>Grosser (Otto).</b> — Modèle de Hertwig d'un crâne embryonnaire.	470
<b>Grossmann (Fritz).</b> — Troubles psychiques consécutifs aux interventions opératoires sur la mastoïde.	298

## TABLE DES NOMS D'AUTEURS

621

Pages

<b>Grossmann (M.).</b> — Cancer du larynx extirpé et resté sans récidive depuis deux ans, grâce à la radiothérapie . . . . .	134
— Corrélation fonctionnelle des muscles du larynx . . . . .	161
<b>Guisez.</b> — Nos derniers cas de bronchoscopie et cœsophagoscopie. Corps étrangers des bronches. Cure, retrécissements infranchissables de l'œsophage . . . . .	547
<b>Gurich.</b> — La cure radicale du rhumatisme articulaire . . . . .	301
<b>Habermann (J.).</b> — Affections de l'oreille consécutives au crétinisme. . . . .	297
<b>Habermann.</b> — La surdité professionnelle . . . . .	574
<b>Halasz (H.).</b> — Cas d'encéphalite consécutive à la suppuration de l'antre sphénoidal. . . . .	72
— Kyste dermoïde de la région mastoïdienne . . . . .	298
<b>Hamaide.</b> — Sténose laryngée consécutive au tubage . . . . .	179
<b>Harmer.</b> — Contribution à l'étude des tumeurs inflammatoires du larynx . . . . .	513
<b>Harris (T. J.).</b> — Pathologie des complications intra-crâniennes au cours des suppurations de l'oreille moyenne . . . . .	584
<b>Hecht</b> — Atresie osseuse des choanæ . . . . .	59
— Sténose membraneuse des choanæ . . . . .	59
<b>Hédon.</b> — Fibrome de l'amygdaule . . . . .	89
<b>Heine.</b> — Le pronostic de la méningite otogène . . . . .	401
— Isoforme dans les soins consécutifs à la radicale . . . . .	413
<b>Henkes.</b> — Nouveau tonsillotome . . . . .	303
<b>Henking.</b> — Causes et traitement des hémorragies graves après l'amygdalotomie . . . . .	91
<b>Hennebert</b> — Contribution à l'étude clinique du labyrinthisme au cours des otites purulentes aiguës et chroniques . . . . .	198
<b>Hennebert et Trétrop.</b> — Contribution à l'étude des bruits entotiques perçus objectivement . . . . .	26
<b>Henrici.</b> — La tuberculose de l'apophyse mastoïde chez l'enfant . . . . .	295
— Nouvelles constatations sur la tuberculose de l'apophyse mastoïde chez l'enfant . . . . .	415
— Contribution à l'étude des tumeurs de la trachée . . . . .	513
<b>Hernando.</b> — Un cas d'intoxication par le sublimé provoqué par des lavages de l'oreille . . . . .	295
<b>Herzog.</b> — Labyrinthite tuberculeuse guérie . . . . .	571
<b>Hinsberg.</b> — Contribution au traitement opératoire de la méningite suppurée . . . . .	413
— Suppurations du labyrinth . . . . .	571
<b>Hoffmann (R.).</b> — Cancer primaire isolé de la trachée . . . . .	82
<b>Hoffmann.</b> — La fièvre dans l'abcès otique . . . . .	574
<b>Holsher.</b> — Sur le domaine de la chirurgie rhino-otologique .	573
<b>Hubbard (Thomas).</b> — Obstruction tubaire cause de la fistule mastoïdienne post-opératoire, et de la chronicité des suppurations de l'oreille moyenne . . . . .	577
<b>Jaboulay (M.).</b> — Canule à trachéotomie tombée dans la bronche droite . . . . .	421
<b>Jack (Frédéric L.).</b> — Symptomatologie, diagnostic et traitement de l'encéphalite et de l'abcès du cerveau . . . . .	582
<b>Jaumenne.</b> — Un cas de trépanation mastoïdienne et de cure radicale d'otite suppurée opérée à l'état de veille, sans anesthésie et sans douleur . . . . .	186
<b>Jimenez.</b> — Deux cas de papillome laryngé chez l'enfant . . . . .	168
<b>Jurgens.</b> — Stomatite à gonocoques chez l'adulte . . . . .	86
<b>Katz (Léo).</b> — Remarques sur l'épilepsie réflexe consécutive aux maladies des voies respiratoires supérieures . . . . .	78

	Pages
<b>Kellock (T. H.) et Pasteur (W.).</b> — Corps étranger enclavé dans la bronche gauche. Ablation par l'opération . . . . .	81
<b>Keppler.</b> — Traitement des otites suppurées par l'hypérémie congestive. . . . .	410
<b>Kernon (James Mac F.).</b> — Symptômes, diagnostic et traitement de la thrombose du sinus sigmoïde . . . . .	583
<b>Kiaer (Gottlieb).</b> — Parésie bi-latérale de l'abducteur, consécutive à une tumeur du larynx . . . . .	273
— — — — — Cancer du larynx. Laryngo-fissure . . . . .	274
<b>Kingsford (L.).</b> — Tuberculose des amygdales chez les enfants. . . . .	313
<b>Kirchner.</b> — Fantôme pour les exercices opératoires du rocher. . . . .	573
<b>Klein (Waldemar).</b> — Polype du septum chez un garçon de onze ans . . . . .	273
— — — — — Rhinolithe de taille peu ordinaire . . . . .	273
<b>Knapp (Arnold).</b> — Un cas de thrombose infectieuse du sinus latéral au cours d'une mastoïdite aiguë. Mort par méningite. Autopsie . . . . .	580
<b>Kock.</b> — Un cas d'hémorragie de l'oreille interne causée par la leucémie. Considérations anatomo-pathologiques . . . . .	417
<b>Kœlbreutter.</b> — Les résultats de l'opération de Desault dans la suppuration du sinus maxillaire. . . . .	612
<b>Koenig.</b> — Corps étranger rare du conduit auditif ressemblant à un polype fibreux . . . . .	39
— — — — — Présentation d'une seringue toute en verre pour injections intra-trachéales. . . . .	39
— — — — — deux calculs volumineux du canal de Wharton . . . . .	39
<b>Kramm.</b> — Evidement du labyrinthe pour tuberculose . . . . .	292
<b>Kronenberg.</b> — Symptomatologie de la paralysie motrice du nerf laryngé supérieur . . . . .	78
<b>Kubo (Ino).</b> — Appareils auditifs et mouvements oculaires . . . . .	260
<b>Kuhn (F.).</b> — Tubage péroral avec ou sans pression . . . . .	83
— — — — — L'intubation pérorale dans les opérations sur le nez et sur la gorge . . . . .	160
<b>Kümmel.</b> — Bactériologie de l'otite moyenne aiguë avec remarques cliniques . . . . .	574
<b>Labarre.</b> — Laryngocèle ventriculaire . . . . .	178
— — — — — Etagère porte-flacons aseptique. Stérilisateur à plusieurs usages . . . . .	181
<b>Lafitte-Dupont et Rocher.</b> — Bronchoscopie supérieure pour l'extraction d'un noyau de prune de la bronche droite . . . . .	507
<b>Laggrifauf et Wedel.</b> — Angine diphéroïde fuso-spirillaire dans la scarlatine . . . . .	87
<b>Landesberg.</b> — Un morceau de cartilage dans le sinus pyriforme . . . . .	508
<b>Lange.</b> — Complications endo-crâniennes consécutives à des otites aiguës guéries . . . . .	290
<b>Lannois (M.).</b> — Paralysie simultanée du facial et de l'acoustique d'origine syphilitique . . . . .	209
<b>Laroderie.</b> — Dysalies et anomalies dentaires . . . . .	588
<b>Laudete.</b> — Deux cas de staphyloraphie . . . . .	169
— — — — — Kyste radiculo-dentaire . . . . .	170
<b>Laurens (Paul).</b> — Etude clinique et anatomo-pathologique d'un cas de labyrinthite suppurée . . . . .	171
<b>Laurent (O.).</b> — Anatomie clinique et technique opératoire . . . . .	289
<b>Le Bec.</b> — Nouveau cas de laryngectomie totale en deux temps . . . . .	252
<b>Lecocq.</b> — Polype géant de la fosse nasale. . . . .	176

## TABLE DES NOMS D'AUTEURS

623

	Pages
<b>Leite (Santanna).</b> — Trente cas d'intervention chirurgicale sur l'apophyse mastoïde. . . . .	163
<b>Leland (George A.).</b> — Statistique des cas de mastoïdites opérées dans le service otologique de Boston City Hospital de mai 1903 à mai 1904 . . . . .	602
<b>Lemaire.</b> — Contribution à l'histoire de l'angine de Vincent . . . . .	205
<b>Lemaître (Fernand).</b> — Du chlorure d'éthyle comme anesthésique général dans les interventions de courte durée. Son administration à dose minima dans un espace clos et extensible . . . . .	367
<b>Lemée (M.).</b> — Sur les polypes naso-pharyngiens, ablation par les voies naturelles sans opérations préliminaires . . . . .	591
<b>Lennhoff.</b> — Tamponnement du nez et du cavum. . . . .	606
<b>Lermoyez (Marcel).</b> — Bruits d'oreille et déchloruration. — Le traitement du coriza chronique simple. . . . .	451
<b>Lermoyez et Mahu.</b> — Contribution au traitement de l'otite adhésive. . . . .	547
<b>Limonta (G.) et Gavazzani (S.).</b> — Contribution au traitement du vertige de Ménière. . . . .	265
<b>Lipscher.</b> — Un cas de sclérome rhino-laryngé . . . . .	602
— Un cas de sclérome du larynx . . . . .	279
<b>Loeb (Hanau W.).</b> — La sérothérapie du hay fever . . . . .	279
<b>Lombard (E.).</b> — Quatre observations de paralysie de la sixième paire dans le cours d'otites moyennes suppurrées aiguës. Contribution à l'étude du syndrome de Gradenigo . . . . .	484
— Canule à trachéotomie pour la laryngectomie totale . . . . .	321
<b>Löwe (L.).</b> — Nouvelle contribution à la rhino chirurgie . . . . .	467
— Remarques sur la thyrotomie . . . . .	68
<b>Lublinski.</b> — Quelques remarques sur les végétations adénoïdes. . . . .	79
<b>Lucas (Auguste).</b> — Les défauts des cornets acoustiques. Deux moyens importants peu usités par les sourds pour l'amélioration de l'audition. . . . .	90
<b>Mader (L.).</b> — Radiothérapie de la sinusite maxillaire chronique . . . . .	595
<b>Magnus.</b> — Sur les tumeurs congénitales bénignes intra-nasales. . . . .	503
<b>Mahler.</b> — Carcinome de l'oreille. . . . .	505
<b>Mahu.</b> — De l'efficacité du traitement ioduré dans la syphilis tertiaire des fosses nasales . . . . .	273
<b>Mahu (Georges).</b> — Pathogénie de l'empyème maxillaire . . . . .	196
<b>Mahu et Lermoyez.</b> — Contribution au traitement de l'otite adhésive . . . . .	353
<b>Martuscelli (G.).</b> — Signification, structure et traitement des sarcomes endo-nasaux . . . . .	265
<b>Maugeri (V.).</b> — Chancre primitif du piller palatin postérieur. . . . .	41
<b>Mendoza (Suarez de).</b> — Diagnostic et traitement des végétations adénoïdes . . . . .	204
— — — — — Diagnostic différentiel des lésions tuberculeuses, syphilitiques et cancéreuses du larynx . . . . .	144
— — — — — Sur la cure radicale de l'obstruction nasale . . . . .	156
<b>Mengotti.</b> — La pression sanguine chez les individus atteints de sclérose auriculaire et d'otite interne. . . . .	163
<b>Menier (A.).</b> — Traité des maladies du nez . . . . .	593
<b>Menzel.</b> — Trois cas d'anomalies des sinus . . . . .	288
— — — Localisation paradoxale de la douleur dans le pharynx . . . . .	72
	303

	Pages
<b>Menzel.</b> — Expériences sur le lavage du sinus maxillaire . . . . .	499
<b>Merckx (J.).</b> — Méningite consécutive à l'enlèvement d'un po-	
type du cornet moyen . . . . .	499
<b>Mermod.</b> — Un nouveau releveur de l'épiglotte . . . . .	397
<b>Milligan (W.).</b> — Etiologie et traitement de la suppuration du	
labyrinthe . . . . .	478
<b>Misłowski (F.).</b> — Manifestations des états septiques sur la	
muqueuse nasale. Contribution à l'étiologie de l'épistaxis in-	
coercible! . . . . .	494
<b>Moeller (Jörgen).</b> — Tuberculose de l'os temporal . . . . .	272
— Opération radicale exécutée par la nature . . . . .	272
— Polype hémorragique du septum . . . . .	272
<b>Monsagué.</b> — Le malmenage vocal . . . . .	598
<b>Moûre.</b> — Corps étrangers des bronches et bronchoscopie . . .	81
— Phlébite suppurée des sinus . . . . .	194
<b>Moûre (J.).</b> — Corps étrangers de l'oesophage et œsophagoscopie.	93
<b>Mygind (Holger).</b> — Le lupus de la cavité nasale . . . . .	492
<b>Nadoleczny.</b> — Recherches sur les écoliers normaux et imbé-	
ciles . . . . .	311
<b>Navratil (D.).</b> — Rhinité à pseudo membranes . . . . .	475
— Quatre cas de polyposés rétro-nasaux . . . . .	475
— Sinusite sphénoïdale guérie par voie endo-	
nasale . . . . .	475
— Emphysème cutané consécutif à une résec-	
tion sous-muqueuse de la cloison . . . . .	476
— Papillomes du larynx et laryngofissure . . . . .	477
<b>Neuborn.</b> — Narcose au chlorure d'éthyle dans la chirurgie oto-	
rhino-laryngologique . . . . .	310
<b>Neumann (H.).</b> — Présentations . . . . .	269
<b>Neumann.</b> — Antrotomie et opération radicale sous anesthésie	
locale . . . . .	411
— Abcès du lobe temporal et du cervelet . . . . .	470
<b>Neumayer.</b> — Sondage du canal lacrymo nasal, avec démons-	
tration . . . . .	55
— Cancer du pharynx . . . . .	59
— Diagnostic et extraction des corps étrangers de	
l'œsophage par l'œsophagoscopie . . . . .	94
<b>Noltenius.</b> — Leptomeningite circonscrite chronique et para-	
ralysie de l'abducens . . . . .	293
<b>Norregaard.</b> — Statistique sur 415 cas d'angine . . . . .	272
<b>Onodi.</b> — Lymphangiome hypertrophique du palais . . . . .	475
— Adénome papillifère du nez . . . . .	
— Les troubles oculaires et l'amaurose causés par les	
affections des sinus postérieurs . . . . .	494
— Le mucocèle du sinus ethmoidal . . . . .	504
<b>Oresco.</b> — L'insufflation d'oxygène sous pression dans le tra-	
tement des empyèmes et sinusites maxillaires . . . . .	456
<b>Orlandini et Campiolini.</b> — Résultats des 25 premiers cas de	
cure radicale de suppuration chronique du sac lacrymal par	
la méthode de Totti . . . . .	47
<b>Ostmann.</b> — Diagnostic et prophylaxie de l'inflammation du	
labyrinthe au cours d'une otite moyenne aigüe . . . . .	594
<b>Panse.</b> — Sur le diagnostic des lésions du labyrinthe d'après	
le schéma établi par lui . . . . .	572
<b>Parmentier et Fallas.</b> — Papillomes des cordes vocales . . .	188
<b>Pasch.</b> — Contribution à la clinique de la tuberculose nasale .	489
<b>Passow.</b> — Balnéologie et otopathie . . . . .	292
— Erreurs de l'image otoscopique . . . . .	572

	Pages
<b>Pasteur (W.) et Kellock (T. H.).</b> — Corps étranger enclavé dans la bronche gauche. Ablation par l'opération . . . . .	81
<b>Patrick (John).</b> — Abscès du lobe temporo-sphénoidal d'origine olique; opération, guérison . . . . .	478
<b>Poli.</b> — Granulome et sarcome de la cloison du nez. . . . .	45
<b>Ponthière (de).</b> — Rhinite pseudo-membraneuse . . . . .	203
<b>Prota (G.).</b> — Sarcome multiple idiopathique hémorragique de l'isthme du gosier et de la peau . . . . .	89
<b>Pusateri.</b> — Contribution à l'étude des plaies pénétrantes des fosses nasales . . . . .	47
— — — Recherches expérimentales sur la façon dont se comportent les corps étrangers des fosses nasales . . . . .	48
<b>Ranke.</b> — La prophylaxie de la sténose du larynx consécutive à la trachéotomie secondaire après intubation . . . . .	84
<b>Reinhard.</b> — Bronchoscopie pour reconnaître la syphilis des voies respiratoires inférieures . . . . .	508
<b>Réthi.</b> — Nodules vocaux cédématoïques . . . . .	75
<b>Rocher et Lafite-Dupont.</b> — Bronchoscopie supérieure pour l'extraction d'un noyau de prune de la bronche droite. . . . .	507
<b>Rosenheim et Warfield.</b> — Fibroadénome de la trachée . . . . .	86
<b>Rossi.</b> — Les sinusites frontales d'intensité variée considérées au point de vue des altérations possibles de la fonction olfactive . . . . .	46
<b>Roth (W.).</b> — Contribution à l'étude de l'étiologie de l'obstruction nasale . . . . .	69
<b>Roy (J. N.).</b> — Leucokératose sublinguale . . . . .	32
<b>Rozier et Diriart.</b> — Paralysie récurrentielle par compression thyroïdienne. Thyroidectomy. Guérison . . . . .	254
<b>Rueda.</b> — Utilisation de la voie endo-nasale comme voie opératoire des fibromes naso-pharyngiens . . . . .	166
<b>Rueda (Francisco).</b> — Sur la position anatomique du sinus latéral, sa signification dans la chirurgie de la mastoïde . . . . .	403
<b>Rutherford (H.).</b> — Epithélioma de la mâchoire inférieure et de la langue . . . . .	317
<b>Saniter.</b> — Emploi de l'amiante dans le traitement des voies respiratoires supérieures . . . . .	308
<b>Scheibe.</b> — Traitement de l'otite moyenne aiguë . . . . .	593
<b>Scherer (Otto).</b> — Fièvre des foins . . . . .	68
<b>Schiffers.</b> — Epithélioma du larynx . . . . .	188
<b>Schmiegelow.</b> — Traitement électrolytique des néoplasies du nez, du pharynx et de la langue . . . . .	271
— — — Névrète rétro-bulbaire de l'optique, consécutive à la suppuration des cellules ethmoidales postérieures et du sinus sphénoidal . . . . .	273
— — — Névrète rétro-bulbaire de l'orbite, consécutive à une sinusite sphénoidale et ethmoïdale . . . . .	274
— — — Extraction d'un corps étranger de l'oesophage par œsophagoscopie en narcose . . . . .	274
— — — Sténose de la trachée traitée par voie antoscopique . . . . .	274
<b>Sébileau (Pierre).</b> — Les formes cliniques du cancer du sinus maxillaire . . . . .	430
<b>Senator.</b> — Lupus et tuberculose de la cavité buccale . . . . .	49
<b>Sgobbo (Gerardo).</b> — Un cas peu commun de tuberculose laryngée avec ictus laryngé . . . . .	613
<b>Sinnhuber.</b> — Contractions cloniques du pharynx et du larynx . . . . .	91
<b>Simonecelli (F.).</b> — Arthropathies et angines . . . . .	283
<b>Skillern (R.-H.).</b> — Traitement local de la tuberculose laryngée . . . . .	74
<b>Smith (Mac Cuen).</b> — Symptômes, diagnostic et traitement de la méningite avec relation d'un cas . . . . .	582

	Pages
<b>Sokolowsky.</b> — Tuberculose du larynx et interruption artificielle de la grossesse . . . . .	74
<b>Solly (S.-E.).</b> — Carcinome du larynx . . . . .	577
<b>Sondermann.</b> — Traitement de la rhinite chez l'enfant . . . . .	66
<b>Spira.</b> — Statistique de la clinique privée d'oto-laryngologie de Cracovie en 1904 . . . . .	308
<b>Steckel.</b> — L'ouverture large endo-nasale du sinus sphénoidal par la fraise . . . . .	504
<b>Stein (C.).</b> — Contribution à l'étiologie des troubles à début brusque de la partie nerveuse de l'oreille interne . . . . .	600
<b>Steiner.</b> — Spécificité de la colonne cervicale avec tuméfaction de la paroi postérieure du pharynx . . . . .	278
— — — Lymphangiome de la tonsille droite . . . . .	278
— — — Etiologie des sinusites . . . . .	473
<b>Stella (de).</b> — Le cholestéatome de l'oreille . . . . .	409
<b>Stoltz (G.).</b> — Traitement des bourdonnements d'oreille par l'effluve de haute fréquence . . . . .	286
<b>Stufler (A.).</b> — Recherche du rodanate de potasse dans la salive des malades atteints d'affections auriculaires . . . . .	299
<b>Suñe (y Molist).</b> — Aphoristique ou abrégé symptomatologique des otites et de leurs complications à l'usage des médecins non spécialistes . . . . .	479
<b>Swieten (Van).</b> — Extraction d'un corps étranger de la bronche par trachéotomie . . . . .	192
<b>Tapia (A. G.).</b> — Un nouveau syndrome : quelques cas d'hémipégie du larynx et de la langue, avec ou sans paralysie du sterno-cléido-mastoidien et du trapèze . . . . .	134
— — — Un cas de syphilis trachéale : trachéoscopie ; myosite aiguë consécutive des masseter ; guérison . . . . .	147
— — — Corps étranger (bouton) arrêté dans l'œsophage. Extraction au moyen de l'œsophagoscopie directe . . . . .	464
<b>Tapia.</b> — Un cas d'acrobatie linguale . . . . .	170
— — — La stovaine et ses applications en oto-rhino-laryngologie . . . . .	308
<b>Taptas.</b> — A propos de mon procédé sur l'opération de la sinusite frontale chronique . . . . .	150
<b>Tenzer (F.).</b> — L'état du fond de l'œil dans les affections de l'oreille . . . . .	297
<b>Terson.</b> — La paralysie du moteur oculaire externe au cours des otites . . . . .	15
<b>Texier.</b> — Des sinusites maxillaires casseuses. Symptômes et diagnostic . . . . .	197
<b>Thanisch.</b> — Surdité hystérique . . . . .	60
<b>Theisen (C. F.).</b> — Cas rare de syphilis laryngée ayant nécessité la trachéotomie . . . . .	580
<b>Thomas (William).</b> — Ablation d'une tumeur polypoïde de la base du crâne après résection préalable du maxillaire supérieur . . . . .	316
— — — Sur l'occlusion congénitale de l'œsophage . . . . .	316
<b>Thomson (Saint-Clair).</b> — Trois cas de sinusite fronto-ethmoidale avec évacuation spontanée à travers la région fronto-orbitaire . . . . .	132
— — — — Résection sous-muqueuse des déviations et éperons du septum . . . . .	609
<b>Tommasi (J.).</b> — Fibrosarcome du cornet moyen . . . . .	45
— — — — Fibrome du rhino-pharynx . . . . .	48
<b>Trautmann.</b> — Deux cas nouveaux de la fièvre ganglionnaire . . . . .	56
<b>Trautmann (G.).</b> — Carcinome de la cavité nasale . . . . .	506

## TABLE DES NOMS D'AUTEURS

627

Pages

<b>Trétrop.</b> — Volumineux abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne purulente . . . . .	174
— — — Série d'instruments . . . . .	181
— — — Sinusites et ostéomyélites du maxillaire . . . . .	201
<b>Trétrop et Hennebert.</b> — Contribution à l'étude des bruits entotiques perçus objectivement . . . . .	26
<b>Trifiletti.</b> — Deux cas de surdi-mutité congénitale partielle . . . . .	478
<b>Uhthoff.</b> — Lésions de l'œil consécutives à une injection de paraffine pour corriger un nez en lorgnette . . . . .	604
<b>Unwin (W. H.) et Stanley-Bayd.</b> — Cancer de la bouche et de la gorge . . . . .	316
<b>Urbantschitsch (E.).</b> — Enfant sourd-muet avec anomalies de pigmentation du cuir chevelu et de l'iris . . . . .	268
<b>Urbantschitsch.</b> — Un cas d'abcès à distance . . . . .	471
<b>Uruñuela (E.).</b> — De l'intubation appliquée à certaines fractures du larynx . . . . .	85
<b>Valentin.</b> — Othématome de l'oreille droite . . . . .	402
<b>Vohsen.</b> — Traitement de la rhinite chez l'enfant . . . . .	66
<b>Voss (F.).</b> — Sur les troubles de la mentalité dans la thrombose otique du sinus. Début apoplectiforme de la thrombose . . . . .	600
<b>Wanner.</b> — Sur les relations de l'audition des sons et de la parole . . . . .	574
<b>Warfield et Rosenheim.</b> — Fibroadénome de la trachée . . . . .	86
<b>Wedel et Laggrifaul.</b> — Angine diphéroïde fuso-spirillaire dans la scarlatine . . . . .	87
<b>Weissmann (E.) et Fiocre (L.).</b> — Le sinus et les sinusites maxillaires chez les nouveau-nés . . . . .	225
<b>Wendel.</b> — Traitement du carcinome de l'œsophage par les rayons de Roentgen . . . . .	315
<b>Whitehead (A. L.).</b> — Un cas peu ordinaire d'abcès cérébral : abcès temporo-sphénoidal bilatéral ; opération, guérison . . . . .	478
<b>Widakswich (V.).</b> — Sur la présence des fibres nerveuses à myélaque dans les cas de névrose réflexe du nez . . . . .	73
<b>Wildenberg (Van den).</b> — Ostéo-myélose du maxillaire supérieur et de l'éthmoïde avec empyème des sinus et de l'orbite . . . . .	182
— — — — — Kyste du sinus maxillaire . . . . .	183
— — — — — Un cas de thrombose latente du sinus latéral . . . . .	202
— — — — — Réflexions sur la résection fenestrée sous-muqueuse de la cloison nasale . . . . .	202
<b>Wittmaack.</b> — Contribution à l'examen histologique de l'oreille, surtout de sa partie nerveuse . . . . .	477
— — — — — Expériences sur la névrite dégénératrice . . . . .	477
— — — — — Sur le vertige et les troubles de l'équilibre dans les affections non suppurrées de l'oreille interne . . . . .	596
<b>Wolff.</b> — La fièvre des foins et son traitement par le sérum. Discussion . . . . .	53
<b>Wright.</b> — Actinomycose de l'amygdale . . . . .	86
<b>Zimmermann.</b> — Recherches sur la conduction du son dans l'oreille moyenne et l'oreille interne . . . . .	572
<b>Zubieta (Quevedo y).</b> — D'une méthode efficace de traitement des sinusites maxillaires suppurrées, compliquées de fistules . . . . .	161
<b>Zuckerkandl.</b> — Contribution à l'anatomie de la trompe d'Eustache . . . . .	593
<b>Zwillinger.</b> — Spéculum du nez autofixable . . . . .	283
— — — — — Paralysie tabétique du larynx et du voile du palais . . . . .	474

## TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

	Pages
Abcès à distance (Un cas d'), par <b>Urbantschitsch</b> . . . . .	472
Abcès de la cloison nasale, par <b>M. Bargy</b> . . . . .	70
Abcès du cerveau (Volumineux) consécutif à une otite moyenne purulente, par <b>Trétop</b> . . . . .	174
Abcès du lobe temporal et du cervelet, par <b>Neumann</b> . . . . .	470
Abcès du lobe temporo-sphénoïdal d'origine otique ; opération. Guérison, par <b>John Patrick</b> . . . . .	478
Abcès otique (La fièvre dans l'), par <b>Hoffmann</b> . . . . .	574
Abcès temporo-sphénoïdal bilatéral (Cas peu ordinaire d'abcès cérébral) ; opération, guérison, par <b>A. L. Whitehead</b> . . . . .	478
Actinomycose de l'amygdale, par <b>Wright</b> . . . . .	86
Adénome papillifère du nez, par <b>Onodi</b> . . . . .	475
Adéno-phlegmon latéro-pharyngien. Ulcération de la carotide externe, par <b>Broca</b> . . . . .	88
Aérophagie inconsciente, par <b>Gonzalez del Campo</b> . . . . .	167
Amiante (Emploi de l') dans le traitement des voies respiratoires supérieures, par <b>Saniter</b> . . . . .	308
Anatomie clinique et technique opératoire, par <b>O. Laurent</b> . . . . .	289
Angine (Statistique sur 415 cas d'), par <b>Norregaard</b> . . . . .	272
Angine diphéroïde fuso-spirillaire dans la scarlatine, par <b>Wendel et Laggrifauf</b> . . . . .	87
Angine de <b>Vincent</b> (Contribution à l'histoire de l'), par <b>Le-maire</b> . . . . .	205
Antrotomie et opération radicale sous-anesthésie locale, par <b>Neumann</b> . . . . .	411
Appareil auditif (Contribution à l'anatomie pathologique de l'), par <b>Bruhl</b> . . . . .	416
Apophyse mastoïde (Trente cas d'intervention chirurgicale sur l'), par <b>Santanna Leite</b> . . . . .	163
Aqueduc du vestibule (L') comme voie d'infection, par <b>Boesch</b> . . . . .	416
Arthropathies et angines, par <b>F. Sinoncelli</b> . . . . .	283
Atrézie nasale, par <b>Walker-Downie</b> . . . . .	68
Atrézie osseuse des choanæ, par <b>Hecht</b> . . . . .	59
Auditifs (Appareils) et mouvements oculaires, par <b>Ino Kubo</b> . . . . .	260
Audition des sons (Sur les relations de l') et de la parole, par <b>Wanner</b> . . . . .	574
Auriculaires (Recherche du rodanate de potasse dans la salive des malades atteints d'affections), par <b>A. Stufler</b> . . . . .	299
Balnéologie et stopathie, par <b>Passow</b> . . . . .	292
Bourdonnements d'oreille (Traitement des), par l'effluve de haute fréquence, par <b>G. Stoltz</b> . . . . .	286
Bronchoscopie pour reconnaître la syphilis des voies respiratoires inférieures, par <b>Reinhard</b> . . . . .	508

## TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

629

## Pages

Bronchoscopie supérieure pour l'extraction d'un noyau de prune de la bronche droite, par <b>Lafite-Dupont et Rocher</b> . . . . .	507
Bruits entotiques perçus objectivement (Contribution à l'étude des), par <b>Hennebert et Trétop</b> . . . . .	26
Calculs volumineux (Deux) du canal de Wharton, par <b>Koenig</b> .	39
Cancer de la bouche et de la gorge, par <b>Stanley Bayd et W. H. Unwin</b> . . . . .	316
Cancer du larynx. Laryngo-fissure, par <b>Gottlieb Kiaer</b> . . . . .	274
Cancer du larynx extirpé et resté sans récidive depuis deux ans, grâce à la radiothérapie, par <b>M. Grossmann</b> . . . . .	134
Cancer du pharynx, par <b>Neumayer</b> . . . . .	59
Cancer du sinus maxillaire (Les formes cliniques du), par <b>Pierre Sebileau</b> . . . . .	430
Cancer primaire isolé de la trachée, par <b>R. Hoffmann</b> . . . . .	82
Canule à trachéotomie pour la laryngectomie totale, par <b>E. Lombard</b> . . . . .	467
Carcinome de la cavité nasale, par <b>G. Trautmann</b> . . . . .	506
Carcinome du larynx, par <b>S. E. Solly</b> . . . . .	577
Carcinome du maxillaire supérieur, de l'ethmoïde et du sinus sphénoïdal (Résection totale du maxillaire pour), par <b>Goris</b> .	186
Carcinome de l'œsophage (Traitement du) par les rayons de Röntgen, par <b>Wendel</b> . . . . .	315
Carcinome de l'oreille, par <b>Mahler</b> . . . . .	273
Carie du rocher (Sur le rapport entre la) et la névrite optique, par <b>Espenschied</b> . . . . .	296
Chancre primitif du pilier palatin postérieur, par <b>V. Maugeri</b> .	204
Chlorure d'éthyle (Du) comme anesthésique général dans les interventions de courte durée. Son administration à dose minima dans un espace clos et extensible, par <b>Fernand Lemaître</b> .	367
Cholestéatome (Sur le), par <b>Erdheim</b> . . . . .	294
Cholestéatome (Le) de l'oreille, par <b>de Stella</b> . . . . .	409
Cloison (La résection sous-muqueuse de la), par <b>Otto Freer</b> .	607
Cloison nasale (Réflexions sur la résection fenestrée sous-muqueuse de la), par <b>Van den Wildenberg</b> . . . . .	202
Cloison nasale (Déviation de la). Revue critique des méthodes de redressement par la résection fenestrée avec une statistique de cent seize opérations, par <b>Otto E. Freer</b> . . . . .	486
Congrès annuel (37 <sup>e</sup> ) tenu à Atlantic-City, 1-3 juin 1905, par l' <b>Association laryngologique américaine</b> . . . . .	61
Contractions cloniques du pharynx et du larynx, par <b>Sin-nhuber</b> .	91
Corde vocale inférieure (Dédoublement de la), par <b>Alezais</b> . . .	507
Cornets acoustiques (Les défauts des). Deux moyens importants peu usités par les sourds pour l'amélioration de l'audition, par <b>Auguste Luce</b> . . . . .	595
Cornet inférieur (La valeur du) pour la perméabilité du nez pour l'air, par <b>Fein</b> . . . . .	605
Corps étrangers des bronches et bronchoscopie, par <b>Moure</b> . .	81
Corps étrangers des bronches (Nos derniers cas de bronchoscopie et œsophagoscopie). Cure de rétrécissement infranchissable de l'œsophage, par <b>Guisez</b> . . . . .	547
Corps étranger de la bronche (Extraction d'un), par trachéotomie, par <b>Van Swieten</b> . . . . .	492
Corps étranger de la bronche droite (noyau de prune). Bronchoscopie supérieure, par <b>Lafite-Dupont et Rocher</b> . . . . .	507
Corps étranger (canule à trachéotomie) tombé dans la bronche droite, par <b>M. Jaboulay</b> . . . . .	421
Corps étranger enclavé dans la bronche gauche. Ablation par l'opération, par <b>W. Pastour T. H. Kellock</b> . . . . .	81

	Pages
Corps étranger rare du conduit auditif ressemblant à un polype fibreux, par <b>Koenig</b> . . . . .	39
Corps étrangers des fosses nasales (Recherches expérimentales sur la façon dont se comportent les), par <b>Pusateri</b> . . . . .	48
Corps étranger du larynx, par <b>Berg</b> . . . . .	82
Corps étranger du nez, par <b>Börger</b> . . . . .	50
Corps étrangers de l'œsophage (Trois cas de), par <b>Aka</b> . . . . .	305
Corps étranger (bouton) arrêté dans l'œsophage. Extraction au moyen de l'œsophagoscopie directe, par <b>A. G. Tapia</b> . . . . .	464
Corps étranger de l'œsophage, par <b>Boval</b> . . . . .	178
Corps étrangers de l'œsophage et œsophagoscopie, par <b>J. Mouré</b> .	93
Corps étrangers de l'œsophage (Diagnostic et extraction des) par l'œsophagoscopie, par <b>Neumayer</b> . . . . .	94
Corps étranger de l'œsophage (Extraction d'un) par œsophagoscopie en narcose, par <b>Schmiegelow</b> . . . . .	274
Corps étrangers de l'œsophage et de la trachée (Extraction des) par l'œsophago et trachéoscopie, par <b>Denker</b> . . . . .	92
Corps étrangers particulières de l'oreille et du nez, et rhinolite primitive, par <b>Citelli</b> . . . . .	289
Corps étranger (pièce dentaire) resté trois mois dans la trachée. Extraction, par <b>Walker Downie</b> . . . . .	80
Corps étranger de la trachée (morceau de houille) chez un enfant de 15 mois, par <b>Walker Downie</b> . . . . .	80
Corps étranger des voies supérieures (Morceau de cartilage dans le sinus pyriforme), par <b>Landesberg</b> . . . . .	508
Coryza chronique simple (Le traitement du), par <b>Marcel Leroyez</b> . . . . .	517
Crâne embryonnaire (Modèle de Hertwig d'un), par <b>Otto Grosser</b> . . . . .	470
Déviations et éperons du septum (Résection sous-muqueuse des), par <b>Saint-Clair Thomson</b> . . . . .	609
Déviations de la trachée et du larynx (Sur les) consécutives à quelques maladies intra-thoraciques, par <b>Curschmann</b> . . . . .	84
Dysalias et anomalies dentaires, par <b>Laroderie</b> . . . . .	588
Ecoliers normaux et imbéciles (Recherches sur les), par <b>Nadoleczny</b> . . . . .	311
Emphysème cutané consécutif à une résection sous-muqueuse de cloison, par <b>D. Navratil</b> . . . . .	476
Empyèmes et sinusites maxillaires (L'insufflation d'oxygène sous pression dans le traitement des), par <b>Oresco</b> . . . . .	456
Empyème maxillaire (Pathogénie de l'), par <b>Georges Mahu</b> . . . . .	333
Encéphalite (Symptomatologie, diagnostic et traitement de l') et de l'abcès du cerveau, par <b>Frédéric L. Jack</b> . . . . .	582
Encéphalite (Cas d') consécutive à la suppuration de l'antre sphénoidal, par <b>H. Halasz</b> . . . . .	72
Endocraniques (Complications) consécutives à des otites aiguës guéries, par <b>Lango</b> . . . . .	290
Epilepsie réflexe (Remarques sur l') consécutive aux maladies des voies respiratoires supérieures, par <b>Léo Katz</b> . . . . .	78
Epilepsie réflexe (Sur l') d'origine nasale, auriculaire et pharyngienne, par <b>H. Frey et A. Fuchs</b> . . . . .	141
Epistaxis (Un cas d') particulièrement rebelle, par <b>Ricardo Botey</b> . . . . .	495
Epistaxis incoercible (Manifestations des états septiques sur la muqueuse nasale. Contribution à l'étiologie de l'), par <b>F. Misdowski</b> . . . . .	494
Epithélioma du larynx, par <b>Schiffers</b> . . . . .	188
Epithélioma de la mâchoire inférieure et de la langue, par <b>H. Rutherford</b> . . . . .	317

## TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

631

	Pages
Etagère porte-flacons aseptique, par <b>Labarre</b> . . . . .	181
Evidement ethmoïdal par voie endonasale (Une série d'opérés d'), par <b>Collet</b> . . . . .	184
Fenêtre ronde (Obturation expérimentale de la), par <b>Blau</b> . . . . .	573
Fièvre des foins, par <b>Otto Scherer</b> . . . . .	68
Fièvre des foins (La) et son traitement par le sérum. Discussion, par <b>Wolff</b> . . . . .	53
Fièvre ganglionnaire (Deux cas nouveaux de la), par <b>Trautmann</b> . . . . .	56
Fibroadénome de la trachée, par <b>Rosenheim et Warfield</b> . . . . .	86
Fibrome de l'amygdales, par <b>Hédon</b> . . . . .	89
Fibrome du rhino-pharynx, par <b>Tommasi</b> . . . . .	48
Fibromes naso-pharyngiens, par <b>Capart père</b> . . . . .	187
Fibromes naso-pharyngiens (Utilisation de la voie endo-nasale comme voie opératoire des), par <b>Rueda</b> . . . . .	166
Fibrosarcome du cornet moyen, par <b>J. Tommasi</b> . . . . .	45
Comme de la bifurcation des bronches. Considérations sur la valeur diagnostique de la toux de compression dans les tumeurs du médiastin, par <b>J. Garel</b> . . . . .	1
Granulome et sarcome de la cloison du nez, par <b>Poli</b> . . . . .	45
Hay fever (La sérothérapie du), par <b>Hanau W. Loeb</b> . . . . .	484
Hémangiome de l'amygdales et de la langue, par <b>Baumgarten</b> . . . . .	282
Hémiplégie de la langue et du larynx (Un nouveau syndrome : quelques cas d') avec ou sans paralysie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze, par <b>A. G. Tapia</b> . . . . .	134
Hémorragie de l'oreille interne (Un cas d') causée par la leucémie. Considérations anatomo-pathologiques, par <b>Kock</b> . . . . .	417
Hémorragies graves après l'amygdalotomie (Causes et traitement des), par <b>Henking</b> . . . . .	91
Hémorragie primitive du naso-pharynx (Un cas d'), par <b>Ficore</b> . . . . .	39
Hyperesthésie et paresthésie pharyngées, par <b>Bouyer, fils</b> . . . . .	201
Instruments (Série d'), par <b>Trétrop</b> . . . . .	181
Instruments laryngiens, par <b>V. Delsaux</b> . . . . .	182
Intoxication par le sublimé (Un cas d') provoqué par des lavages de l'oreille, par <b>Hernando</b> . . . . .	295
Intubation (De l') appliquée à certaines fractures du larynx, par <b>E. Uruñuela</b> . . . . .	85
Intubation pérorale (L') dans les opérations sur le nez et sur la gorge, par <b>W. Kuhn</b> . . . . .	160
Isoforme dans les soins consécutifs à la radicale, par <b>Heine</b> . . . . .	413
Kyste du sinus maxillaire, par <b>Van den Wildenberg</b> . . . . .	183
Kyste dermoïde de la région mastoïdienne, par <b>H. Halasz</b> . . . . .	298
Kyste dermoïde du dos du nez, par <b>Bellin</b> . . . . .	38
Kyste osseux de l'arrière-fosse nasale gauche (Un cas de). Dilatation ampullaire d'une cellule ethmoïdale postérieure, par <b>Brindel</b> . . . . .	506
Kyste radiculo-dentaire, par <b>Laudete</b> . . . . .	170
Kystes séreux du cou (Contribution à l'étude de la pathogénie des), par <b>J. Broeckaert</b> . . . . .	304
Labyrinthe (Altérations du) consécutives à la méningite épidémique, par <b>Goerke</b> . . . . .	573
Labyrinthe (Evidement du) pour tuberculose, par <b>Kramm</b> . . . . .	292
Labyrinthe (Diagnostic et prophylaxie de l'inflammation du) au cours d'une otite moyenne aiguë, par <b>Ottemann</b> . . . . .	594
Labyrinthe (Sur le diagnostic des lésions du) d'après le schéma établi par lui, par <b>Panse</b> . . . . .	572
Labyrinthe (Suppurations du), par <b>Hinsberg</b> . . . . .	571

	Pages
Labyrinthisme (Contribution à l'étude clinique du) au cours des otites purulentes aiguës et chroniques, par <b>Hennebert</b> . . . . .	198
Labyrinthite suppurée (Etude clinique et anatomo-pathologique d'un cas de), par <b>Paul Laurens</b> . . . . .	171
Labyrinthite tuberculeuse guérie, par <b>Herzog</b> . . . . .	571
Laryngectomie totale (Canule à trachéotomie pour la), par <b>E. Lombard</b> . . . . .	467
Laryngectomie totale en deux temps (Nouveau cas de), par <b>Le Bec</b> . . . . .	252
Laryngocèle ventriculaire, par <b>Labarre</b> . . . . .	178
Larynx (Balle de revolver ayant traversé le), par <b>Bóval</b> . . . . .	177
Larynx (Corrélation fonctionnelle des muscles du), par <b>M. Grossmann</b> .	161
Larynx et le pharynx (Des opérations sur le), par <b>Gluck</b> . . . . .	275
Leptoméningite circonscrite chronique et paralysie de l'abducens, par <b>Noltenius</b> . . . . .	293
Lésions tuberculeuses, syphilitiques et cancéreuses du larynx (Diagnostic différentiel des), par <b>Suarez de Mendoza</b> . . . . .	156
Leucémie (Un cas de pseudo-) simulant la prétendue maladie de Mikulicz, par <b>Breockaert</b> . . . . .	200
Leucokératose sublinguale, par <b>J. N. Roy</b> . . . . .	32
Linguale (Un cas d'acrobatie), par <b>Tapia</b> . . . . .	170
Lupus et tuberculeuse de la cavité buccale, par <b>Senator</b> . . . . .	49
Lupus (Le) de la cavité nasale, par <b>Holger Mygind</b> . . . . .	492
Lupus du larynx (Un cas de), par <b>Baumgarten</b> . . . . .	283
Lymphadéome de l'amygdale, par <b>A. Blanc</b> . . . . .	284
Lymphangiome de la tonsille droite, par <b>Steiner</b> . . . . .	278
Lymphangiome hypertrophique du palais, par <b>Onodi</b> . . . . .	475
Mastoïde (Sur la position anatomique du sinus latéral, sa signification dans la chirurgie de la), par <b>Francisco Rueda</b> . . . . .	403
Mastoïde (Troubles psychiques consécutifs aux interventions opératoires sur la), par <b>Fritz Grossmann</b> . . . . .	298
Mastoïdites (La douleur dans les), par <b>Dominguez</b> . . . . .	590
Mastoïdites (Les) d'emblée, par <b>J. Bénet</b> . . . . .	287
Mastoïdites (Statistique des cas de) opérées dans le service otologique de Boston City Hospital de mai 1903 à mai 1904, par <b>George A. Leland</b> . . . . .	602
Méningite (Symptômes, diagnostic et traitement de la) avec relation d'un cas, par <b>Mac Cuen Smith</b> . . . . .	582
Méningite consécutive à l'enlèvement d'un polype du cornet moyen, par <b>J. Merckx</b> . . . . .	199
Méningite et de thrombo-phlébite (Un cas de) des deux sinus cavernous d'origine otique. Trépanation totale pénétrante du crâne. Drainage de la cavité arachnoidienne. Mort, par <b>Ricardo Botey</b> . . . . .	405
Méningite cérébro-spinale à pneumocoque, d'origine otique, par <b>Francis Furet</b> . . . . .	11
Méningite otogène (Le pronostic de la), par <b>Heine</b> . . . . .	401
Méningite suppurée (Contribution au traitement opératoire de la), par <b>Hinsberg</b> . . . . .	413
Méningite tuberculeuse (Deux cas de) consécutive à une inflammation suppurée aiguë de l'oreille moyenne chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire au premier degré, par <b>Alt</b> . . . . .	267
Microrhinie et conchotomie, par <b>Crouzillac</b> . . . . .	121
Morcelement (Le) de l'amygdale palatine, par <b>Eug. Félix</b> . . . . .	313
Mouche (Comment on) les enfants du premier âge, par <b>E. Escat</b> . . . . .	394
Mucocèle (La) du sinus ethmoidal, par <b>Onodi</b> . . . . .	504

## TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

633

Page

Narcose au chlorure d'éthyle dans la chirurgie oto-rhino-laryngologique, par <b>Neuborn</b> . . . . .	310
Néoplasies du nez, du pharynx et de la langue (Traitement électrolytique des), par <b>Schmiegelow</b> . . . . .	271
Néoplasme du larynx, par <b>Baumgarten</b> . . . . .	282
Névrile dégénératrice (Expériences sur la), par <b>Wittmaack</b> . . . . .	477
Névrile rétro-bulbaire de l'optique, consécutive à une sinusite sphénoïdale et éthmoidale, par <b>Schmiegelow</b> . . . . .	274
Névrile rétro-bulbaire de l'optique, consécutive à la suppuration des cellules éthmoidales postérieures et du sinus sphénoïdal, par <b>Schmiegelow</b> . . . . .	273
Névrose réflexe du nez (Sur la présence des fibres nerveuses à myélaque dans les cas de), par <b>V. Widakswich</b> . . . . .	73
Nez (Traitement des maladies du), par <b>A. Menier</b> . . . . .	288
Nez (Sur les relations du) et de l'appareil génital de la femme, par <b>Marcel Falta</b> . . . . .	480
Nodules vocaux cédématiés, par <b>Réthi</b> . . . . .	75
Nystagmus (Expériences sur le) provoqué par l'oreille, par <b>Barrany</b> . . . . .	271
Obstruction nasale (Contribution à l'étude de l'étiologie de l'), par <b>W. Roth</b> . . . . .	69
Obstruction nasale (Sur la cure radicale de l'), par <b>Suarez de Mendoza</b> . . . . .	163
Obstruction tubaire cause de la fistule mastoïdienne post-opératoire et de la chronicité des suppurations de l'oreille moyenne, par <b>Thomas Hubbard</b> . . . . .	577
Oclusion congénitale de l'œsophage (Sur l'), par <b>William Thomas</b> . . . . .	316
Opération radicale exécutée par la nature, par <b>Jörgen Möller</b> . . . . .	272
Oreille (L'état du fond de l'œil dans les affections de l'), par <b>F. Tenzer</b> . . . . .	297
Oreille (Affections de l') consécutives au crétinisme, par <b>J. Hiebermann</b> . . . . .	297
Oreille (Bruits d') et déchloruration, par <b>Marcel Lermoyez</b> . . . . .	451
Oreille (Contribution à l'examen histologique de l'), surtout de sa partie nerveuse, par <b>Wittmaack</b> . . . . .	477
Oreille interne (Sur le vertige et les troubles de l'équilibre dans les affections non suppurrées de l'), par <b>Wittmaack</b> . . . . .	596
Oreille interne (Contribution à l'étiologie des troubles à début brusque de la partie nerveuse de l'), par <b>C. Stein</b> . . . . .	600
Os temporal (Contribution à l'anatomie de l'), par <b>Hugo Frey</b> . . . . .	473
Ostéo-myéélite du maxillaire supérieur et de l'éthmoïde avec empyème des sinus et de l'orbite, par <b>Van den Wildenberg</b> . . . . .	182
Othématoïme (Traitement de l'), par <b>Delstanche</b> . . . . .	201
Othématoïme de l'oreille droite, par <b>Valentin</b> . . . . .	401
Oties et de leurs complications (Aphoristique ou abrégé symptomatologique des), à l'usage des médecins non spécialistes, par <b>Sune y Molist</b> . . . . .	479
Otite adhésive (Contribution au traitement de l'), par <b>Lermoyez et Mahu</b> . . . . .	265
Otite interne (La pression sanguine chez les individus atteints de sclérose auriculaire et d'), par <b>Mengotti</b> . . . . .	593
Otite moyenne aiguë (Traitement de l'), par <b>Scheibe</b> . . . . .	593
Otite moyenne aiguë (Bactériologie de l') avec remarques cliniques, par <b>Kümmel</b> . . . . .	574
Otite moyenne chronique et destruction du tympan, par <b>Bing</b> . . . . .	268
Oties moyennes suppurrées aiguës (Quatre observations de paralysie de la sixième paire dans le cours d'). Contribution à l'étude du syndrome de Gradenigo, par <b>E. Lombard</b> . . . . .	321

	Pages
Otite suppurée (Un cas de trépanation mastoïdienne et de cure radicale d'), opérée à l'état de veille, sans anesthésie et sans douleur, par <b>Jaumenne</b> . . . . .	186
Otites suppurées (Traitement des) par l'hypérmie congestive, par <b>Keppler</b> . . . . .	410
Otite suppurée chronique (Vingt cas d') traités par la radiation, par <b>J. Dionisio</b> . . . . .	592
Otologie (Expertise en), par <b>Baginsky</b> . . . . .	603
Otoscopique (Erreurs de l'image), par <b>Passow</b> . . . . .	572
Ozène (Cas d'), guéri par des injections sous muqueuses de paraffine depuis plus de trois ans, par <b>Broeckaert</b> . . . . .	187
Ozène (La radiothérapie de l'), par <b>Dionisio</b> . . . . .	46
Ozène (Sur l'étiologie de l') avec projections de coupes microscopiques, par <b>Broeckaert</b> . . . . .	195
Papillomes des cordes vocales, par <b>Parmentier et Fallas</b> . . . . .	188
Papillomes du larynx et laryngofissure, par <b>Navratil</b> . . . . .	477
Papillomes durs et les proliférations gommeuses du larynx. Contribution au diagnostic différentiel entre les), par <b>O. Chiari</b> .	506
Papillome laryngé chez l'enfant (Deux cas de), par <b>Jimenez</b> .	168
Paraffine (Sur les injections et les implantations de) dans les plastiques nasales et faciales, par <b>Eckstein</b> . . . . .	575
Paraffine (Lésions de l'œil consécutives à une injection de) pour corriger un nez en lorgnette, par <b>Uhthoff</b> . . . . .	504
Paraffine molle et de paraffine solide dans les tissus (Inclusion normale et pathologique de). Projections de coupes microscopiques, par <b>Broeckaert</b> . . . . .	194
Paralysie (La) du moteur oculaire externe au cours des otites, par <b>Terson</b> . . . . .	15
Paralysie du muscle abducteur de l'œil, de cause otogène, par <b>Alt</b> .	267
Paralysie de la sixième paire (Quatre observations de) dans le cours d'otites moyennes suppurées aiguës. Contribution à l'étude du syndrome de Gradenigo, par <b>E. Lombard</b> . . . . .	321
Paralysie complète du nerf laryngé inférieur ou récurrent (Les causes de la), par <b>Eugène Félix</b> . . . . .	75
Paralysie faciale consécutive à la mastoïdite de Bezold, par <b>Barth</b> . . . . .	413
Paralysie faciale double d'origine otique, par <b>Botella</b> . . . . .	408
Paralysie motrice du nerf laryngé supérieur (Symptomatologie de la), par <b>Kronenberg</b> . . . . .	78
Paralysie récurrentielle par compression thyroïdienne. Thyroïdectomie. Guérison, par <b>Diriart et Rozier</b> . . . . .	254
Paralysie simultanée du facial et de l'acoustique d'origine syphilitique, par <b>M. Lannois</b> . . . . .	209
Paralysie tabétique du larynx et du voile du palais, par <b>Zwillinger</b> . . . . .	474
Parésie bi-latérale de l'abducteur, consécutive à une tumeur du larynx, par <b>Gottlieb-Kiaer</b> . . . . .	273
Pavillon (Le) chez les aliénés et chez les criminels, par <b>Blau</b> .	573
Pavillon de l'oreille (Un cas d'autoplastie du) après ablation d'un épithélioma, par <b>Goris</b> . . . . .	401
Périchondrite (Un cas de) du cartilage thyroïde, par <b>Bosviel</b> .	38
Pharyngo-laryngite fibrineuse, par <b>Gronbech</b> . . . . .	272
Pharynx (Localisation paradoxale de la douleur dans le), par <b>Menzel</b> . . . . .	303
Pharynx (Des opérations sur le larynx et sur le), par <b>Gluck</b> .	275
Phlébite suppurée des sinus, par <b>Moure</b> . . . . .	194
Pince à polypes naso-pharyngiens, par <b>Broeckaert</b> . . . . .	180
Plaies pénétrantes des fosses nasales (Contribution à l'étude des), par <b>Pusateri</b> . . . . .	47

	Pages
Polypes (Extraction de) chez un hémophile, par <b>Bross</b> . . . . .	479
Polype de l'amygdale, par <b>Blanc</b> . . . . .	313
Polypes du laryngo-pharynx (Les), <b>Ricardo Botey</b> . . . . .	510
Polype du septum chez un garçon de onze ans, par <b>Waldemar Klein</b> . . . . .	273
Polype géant de la fosse nasale, par <b>Lecocq</b> . . . . .	176
Polype hémorragique du septum, par <b>Jörgen Möller</b> . . . . .	272
Polype muqueux maxillo-nasal (Présentation d'un volumineux), par <b>Fournié</b> . . . . .	265
Polypes naso-pharyngiens (Sur les), ablation par les voies naturelles sans opérations préliminaires, par <b>M. Lemée</b> . . . . .	591
Polype naso-pharyngien fibro-sarco enchondromateux. Extirpation; mort dans le collapsus, par <b>Beco</b> . . . . .	198
Polypes rétro-nasaux (Quatre cas de), par <b>D. Navratil</b> . . . . .	475
Présentations, par <b>H. Neumann</b> . . . . .	269
Radiothérapie (La) de l'ozène, par <b>Dionisio</b> . . . . .	46
Radium (Le) en oto rhino-laryngologie, par <b>Ricardo Botey</b> . . . . .	101
Récurrentiels (Phénomènes) consécutifs à une thyroïdectomie, par <b>Goris</b> . . . . .	185
Relever de l'épiglotte (Un nouveau), par <b>Mermod</b> . . . . .	397
Rétrécissements infranchissables de l'œsophage (Cure de). Nos derniers cas de bronchoscopie et œsophagoscopie. Corps étrangers des bronches, par <b>Guisez</b> . . . . .	547
Rétrécissements de l'œsophage (Traitement chirurgical des), par <b>Duchesne</b> . . . . .	192
Rhinite chez l'enfant (Traitement de la), par <b>Sondermann</b> . . . . .	66
Rhinite chez l'enfant (Traitement de la), par <b>Vohsen</b> . . . . .	66
Rhinite casseuse (Contribution à l'étiologie de la), par <b>Calamida</b> .	604
Rhinite pseudo-membraneuse, par de <b>Ponthière</b> . . . . .	203
Rhinite à pseudo membranes, par <b>D. Navratil</b> . . . . .	475
Rhino chirurgie (Nouvelle contribution à la), par <b>L. Löwe</b> . . . . .	68
Rhino fantôme (Le) de Killian en photographie stéréoscopique, par <b>V. Delsaux</b> . . . . .	176
Rhinolithie colosse (Un cas de) (110 grammes), par <b>Ricardo Botey</b> . . . . .	496
Rhinolithie de taille peu ordinaire, par <b>Waldemar Klein</b> . . . . .	273
Rhino otologique (Sur le domaine de la chirurgie), par <b>Holsher</b> . . . . .	573
Rhinosclérose (Le premier cas de) en Roumanie, par <b>Costinu</b> .	69
Rhumatisme articulaire (La cure radicale du), par <b>Gurich</b> . . . . .	301
Rhume des foins (Cause et traitement du), par <b>Dunbar</b> . . . . .	480
Rocher (Fantôme pour les exercices opératoires du), par <b>Kirchner</b> . . . . .	573
Sarcomes endo nasaux (Signification, structure et traitement des), par <b>G. Martuscelli</b> . . . . .	41
Sarcomes endo nasaux (Symptômes, diagnostic, pronostic, traitement des), par <b>Calamida</b> . . . . .	44
Sarcome multiple idiopathique hémorragique de l'isthme du gosier et de la peau, par <b>G. Prota</b> . . . . .	89
Sarcome de l'œsophage, par <b>Edred M. Corner, H. A. T. Fairbank</b> . . . . .	345
Sarcome de la région hypophysaire et de la base du crâne avec prolongement pharyngien, par <b>G. Gellé et Coutela</b> . . . . .	266
Sclérose du larynx (Un cas de), par <b>Lipscher</b> . . . . .	279
Sclérose rhino-laryngé (Un cas de), par <b>Lipscher</b> . . . . .	279
Septum nasal (La résection sous-muqueuse du). Nouvelle technique à l'aide du nouveau bistouri à bascule de l'auteur, réduisant la durée moyenne de l'opération à quelques minutes, par <b>W. L. Ballenger</b> . . . . .	485

	Pages
Seringue toute en verre pour injections intra-trachéales (Présentation d'une), par <b>Koenig</b> . . . . .	39
Sinus (Le) et les sinusites maxillaires chez les nouveau-nés, par <b>E. Weissmann et L. Fiocre</b> . . . . .	225
Sinus (Trois cas d'anomalies des), par <b>Menzel</b> . . . . .	72
Sinus (Obstruction du) par tissus fibreux, par <b>Alt</b> . . . . .	470
Sinus latéral (Sur la position anatomique du). Sa signification dans la chirurgie de la mastoïde, par <b>Francisco Rueda</b> . . . . .	403
Sinus maxillaire (Expériences sur le lavage du), par <b>Menzel</b> . . . . .	499
Sinus postérieurs (Les troubles oculaires et l'amaurose causés par les affections des), par <b>Onodi</b> . . . . .	494
Sinus sphénoïdal (L'ouverture large endo-nasale du) par la fraise, <b>Steckel</b> . . . . .	504
Sinusites (Etiologie des), par <b>Steiner</b> . . . . .	473
Sinusites (Des indications opératoires dans le traitement des), par <b>A. Capart</b> . . . . .	501
Sinusites (Contribution à l'anatomie pathologique des), par <b>Eschweiler</b> . . . . .	504
Sinusites et ostéomyélites du maxillaire, par <b>Tréthop</b> . . . . .	201
Sinusites aigües du nez (Traitement des), par <b>Donoghy</b> . . . . .	280
Sinusites frontales (Les) d'intensité variés considérées au point de vue des altérations possibles de la fonction olfactive, par <b>Rossi</b> . . . . .	46
Sinusite frontale bilatérale de nature syphilitique, par <b>Covölgyi</b> . . . . .	280
Sinusite frontale chronique (A propos de mon procédé sur l'opération de la), par <b>Taptas</b> . . . . .	150
Sinusite fronto-ethmoidale (Trois cas de) avec évacuation spontanée à travers la région fronto-orbitaire, par <b>Saint-Clair Thomson</b> . . . . .	132
Sinusite maxillaire (Quelques considérations sur le traitement de la), par <b>F. Furet</b> . . . . .	500
Sinusites maxillaires casseuses (Des). Symptômes et diagnostic, par <b>Texier</b> . . . . .	197
Sinusite maxillaire chronique (Contribution à l'opération radicale de la), par <b>Denker</b> . . . . .	502
Sinusite maxillaire chronique (Radiothérapie de la), par <b>L. Mader</b> . . . . .	503
Sinusites maxillaires suppurées (D'une méthode efficace de traitement des) compliquées de fistules, par <b>Quevedo y Zubieto</b> . . . . .	161
Sinusite sphénoïdale (Un cas de complication oculaire de), par <b>E. Delneuville</b> . . . . .	71
Sinusite sphénoïdale guérie par voie endo-nasale, par <b>D. Navratil</b> . . . . .	475
Son (La mensuration du), par <b>Bhem</b> . . . . .	573
Son (Recherches sur la conduction du) dans l'oreille moyenne et l'oreille interne, par <b>Zimmermann</b> . . . . .	572
Sondage du canal lacrymo-nasal, avec démonstration, par <b>Neumayer</b> . . . . .	55
Sourd-muet (Enfant) avec anomalies de pigmentation du cuir chevelu et de l'iris, par <b>E. Urbantschitsch</b> . . . . .	268
Spasme clonique du stapedius et des autres rameaux du facial, par <b>Citelli</b> . . . . .	300
Spécificité de la colonne cervicale avec tuméfaction de la paroi postérieure du pharynx, par <b>Steiner</b> . . . . .	278
Spéculum du nez autofixable, par <b>Zwillinger</b> . . . . .	283
Staphyloraphie (Deux cas de), par <b>Laudete</b> . . . . .	169
Statistique de la clinique privée d'oto-laryngologie de Cracovie en 1904, par <b>Spira</b> . . . . .	308

*Sociétés Savantes, see last page of cover.*

## TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

637

Pages

Statistique du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Jean-de-Bruxelles, par <b>A. Fallas</b> . . . . .	314
Sténose laryngée consécutive au tubage, par <b>Hamaide</b> . . . . .	179
Sténose laryngée (Quelques cas de), par <b>Fallas</b> . . . . .	189
Sténose du larynx (La prophylaxie de la consécutive à la trachéotomie secondaire après intubation, par <b>Ranke</b> . . . . .	84
Sténose membraneuse des choanes, par <b>Hecht</b> . . . . .	59
Sténose syphilitique de la trachée, par <b>Benda</b> . . . . .	52
Sténose de la trachée traitée par voie autoscopique, par <b>Schmiegelow</b> . . . . .	274
Sérialisateur à plusieurs usages, par <b>Labarre</b> . . . . .	181
Stomatite à gonocoques chez l'adulte, par <b>Jurgens</b> . . . . .	86
Stovaine (La) et ses applications en oto-rhino-laryngologie, par <b>Tapia</b> . . . . .	308
Suppuration chronique du sac lacrymal (Résultats des 25 premiers cas de cure radicale de) par la méthode de Totti, par <b>Orlandini et Campiolini</b> . . . . .	47
Suppuration du labyrinthe, par <b>Hinsberg</b> . . . . .	571
Suppuration du labyrinthe (Etiologie et traitement de la), par <b>W. Milligan</b> . . . . .	478
Suppurations de l'oreille moyenne (Pathologie des complications intra-crâniennes au cours des), par <b>T. J. Harris</b> . . . . .	584
Suppurations des sinus accessoires du nez (Démonstrations sur les) avec projections, présentation de malades et pièces anatomiques, par <b>Walder Downie</b> . . . . .	74
Suppuration du sinus maxillaire (Le résultat de l'opération de Desault dans la), par <b>Koelbreutter</b> . . . . .	612
Surdi-mutité congénitale partielle (Deux cas de), par <b>Trifiletti</b> .	478
Surdité et rétinite pigmentaire, par <b>Block</b> . . . . .	574
Surdité hystérique, par <b>Thanisch</b> . . . . .	60
Surdité (La) professionnelle, par <b>Habermann</b> . . . . .	574
Syphilis laryngée (Cas rare de) ayant nécessité la trachéotomie, par <b>C. F. Theisen</b> . . . . .	580
Syphilis tertiaire des fosses nasales (De l'efficacité du traitement ioduré dans la), par <b>Mahu</b> . . . . .	196
Syphilis trachéale (Un cas de) trachéoscopie : myosite aiguë consécutive des masseters ; guérison, par <b>A. G. Tapia</b> . . . . .	147
Syphilis des voies respiratoires inférieures (Bronchoscopie pour reconnaître la), par <b>Reinhard</b> . . . . .	508
Tamponnement du nez et du cavum, par <b>Lennhoff</b> . . . . .	606
Thrombose du sinus sigmoïde (Symptômes, diagnostic et traitement de la), par <b>James F. Mac Kernon</b> . . . . .	583
Thrombose infectieuse du sinus latéral (Un cas de) au cours d'une mastoïdite aiguë Mort par méningite. Autopsie, par <b>Arnold Knapp</b> . . . . .	580
Thrombose latente du sinus latéral (Un cas de), par <b>Van den Wildenberg</b> . . . . .	202
Thrombose otique du sinus (Sur les troubles de la mentalité dans la). Début apoplectiforme de la thrombose, par <b>F. Voss</b> .	600
Thyrotomie (Remarques sur la), par <b>L. Löwe</b> . . . . .	79
Tonsillotome (Nouveau), par <b>Henkes</b> . . . . .	303
Tonsillotomie (Troubles nerveux consécutifs à la), par <b>Bergh</b> .	204
Trompe d'Eustache (Contribution à l'anatomie de la), par <b>Zuckerkandl</b> . . . . .	593
Troubles nerveux consécutifs à la tonsillotomie, par <b>Bergh</b> .	204
Tubage péroral avec ou sans pression, par <b>F. Kuhn</b> . . . . .	83
Tuberculose des amygdales chez les enfants, par <b>L. Kingsford</b> .	313
Tuberculose (La) de l'apophyse mastoïde chez l'enfant, par <b>Henrici</b> . . . . .	295

	Pages
Tuberculose de l'apophyse mastoïde chez l'enfant (Nouvelles constatations sur la), par <b>Henrici</b> . . . . .	415
Tuberculose de la cloison, lupus du nez, coupes microscopiques, par <b>C. E. Delsaux</b> . . . . .	177
Tuberculose laryngée (Traitement local de la), par <b>R. H. Skilern</b> . . . . .	74
Tuberculose laryngée avec ictus laryngé (Un cas peu commun de), par <b>Gerardo Sgobbo</b> . . . . .	613
Tuberculose du larynx (Sur la guérison de la), par <b>A. Alexander</b> .	613
Tuberculose du larynx (Le traitement chirurgical de la), par <b>Finder</b> . . . . .	614
Tuberculose du larynx et interruption artificielle de la grossesse, par <b>Sokolowski</b> . . . . .	74
Tuberculose nasale (Contribution à la clinique de la), par <b>Pasch</b> .	489
Tuberculose nasale et méat inférieur : deux cas de tuberculose naso-lacrymale, par <b>Henri Caboche</b> . . . . .	244
Tuberculose de l'os temporal, par <b>Jørgen Møller</b> . . . . .	272
Tumeurs de la trachée (Contribution à l'étude des), par <b>Henrici</b> .	513
Tumeurs congénitales bénignes intra-nasales (Sur les), par <b>Magnus</b> .	505
Tumeurs inflammatoires du larynx (Contribution à l'étude des), par <b>Harmer</b> . . . . .	513
Tumeurs malignes du maxillaire supérieur (Technique de l'extirpation de), par <b>J. L. Faure</b> . . . . .	306
Tumeurs malignes du nez (Nouvelle méthode opératoire pour les), par <b>Denker</b> . . . . .	572
Tumeur polypoïde de la base du crâne (Ablation d'une) après résection préalable du maxillaire supérieur, par <b>William Thomas</b> . . . . .	316
Végétations adénoïdes (Quelques remarques sur les), par <b>Łublinski</b> . . . . .	90
Végétations adénoïdes (Diagnostic et traitement des), par <b>Suarez de Mendoza</b> . . . . .	144
Végétations adénoïdes (Un cas de) suivies, après leur ablation, de l'apparition sur place d'un myxosarcome végétant, par <b>Caldeira Cabral</b> . . . . .	162
Vertige de Ménière (Sur le), par <b>Frankl-Hochwart</b> . . . . .	572
Vertige de Ménière (Contribution au traitement du), par <b>G. Limmont et S. Gavazzani</b> . . . . .	602
Vocal (Le malmenage), par <b>Monsagué</b> . . . . .	588
Zona occipito-cervical bilatéral précédé d'une angine aiguë, par <b>H. Bichelonne</b> . . . . .	314

JUL 17 1986

---

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE BUSSIÈRE

---

ANNEE 1841

# Sociétés Paravant

- American Langag. Assn, 1905, p 61  
Amér. Soc. Phil. Et Soc'y 1905, p 577  
S. Allemande d'Urvag, June 1905 p 49  
S. Allemande d'Urvag, June 1906 p 571  
S. Autrichienne d'Utol, June 1905 p 267  
S. " " " " Mar 1905 p 470  
S. Belge d'Utol, Lar & Rh., June 1905 p 174  
S. medicinae, Berlin, Mar 1905 p 275  
S. Danoise d'Utol, Lar, Feby. <sup>2</sup> p 575  
" " " " Mar, May 1905 p 271  
Acad Espagnole d'Utol, Ch. Feby 1905 p 166  
S. Hongroise d'Utol, Lar, Oct 1905 p 278  
" " " " Mar 1905 p 473  
Internat Lang & Litane, Apr 1905 p 132  
S. Italiéenne d'Utol, Lar & Langue, Jul 1905 p 40  
S. Munich d'Utol, Et. Jun 1905 p 55  
S. Paris d'Utol, Lar & Rh., June 1905 p 171  
" " " " May 1905 p 255.

